Université de Rouen

U.F.R. de Psychologie, Sociologie et Sciences de l'Éducation

Département des Sciences de l'Éducation

MASTER PROFESSIONNEL
Ingénierie et Conseil en formation

L'ingénierie de formation face à l'épuisement professionnel dans le domaine du soin.
Étude du milieu infirmier en structure hospitalière.

Frédéric BOTTOIS Septembre 2008

Sous la direction de Catherine TOURETTE-TURGIS

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères à Catherine TOURETTE-TURGIS pour sa disponibilité, la qualité de son écoute, ses encouragements et ses conseils.

Je remercie également tous mes proches qui par leur soutien et l'aide logistique qu'ils mont apporté, ont permis à ce travail d'aboutir.

Je remercie, chacune et chacun en particulier, chaleureusement.

Table des matières

Introduction……..……..... 6

A) Pourquoi le thème de l'épuisement professionnel ?……..... 6
B) La mission……..….. 7
C) Le mémoire……..…… 8

1. L'ingénierie de formation…….……... 9

1.1 Une histoire récente……..... 9

1.2 Ingénierie de formation et organisations……...…. 12
1.2.1 Les organisations formatrices……..…...….. 12
1.2.2 Les organisations qualifiantes……..…...….. 12
1.2.3 Les organisations apprenantes……..……..... 14

1.3 La formation et la santé au travail……..…..…... 15
1.3.1 La santé physique……..…..…….. 15
1.3.2 La santé mentale……...……... 17
a) L'émergence de la question de la santé mentale au travail.....17
b) Psychologie du travail et psychopathologie du travail : deux approches, un débat…..……..... 18
c) Et la formation ?.....……. 20

2. L'épuisement professionnel et le domaine du soin……..…. 21

2.1. Épuisement professionnel et burn out…….....…… . 21

2.1.1. Définitions générales du burn out ou de l'épuisement professionnel….....21
2.1.2. L'épuisement professionnel : une problématique contemporaine ….....…. 23

a) « Mauvaise fatigue » et épuisement professionnel…..... 23
b) Le travail : un moyen d'épanouissement…..……... 24
2.1.3. Les causes générales de l'épuisement professionnel……. 25
a) Niveau organisationnel……... 25
b) Niveau interindividuel……..... 25
c) Niveau intra-individuel…….. 25

2.2. Le burn out des infirmières : la construction sociale d'une catégorie de perception de la réalité……..…..…….. 26
2.2.1. Les approches de la construction sociale d'une catégorie.....26
2.2.2. Burn out des infirmières et perception de la réalité……..…. 28
a) La découverte..…….. 29
b) L' « entreprise de morale »……..……..... 33
c) L'institutionnalisation..…… 34

2.3. L'étude PRESST-NEXT…… 37
2.3.1. Présentation……...…… 37
2.3.2. Satisfactions et insatisfactions……..…… 38
2.3.3. Le soutien psychologique……..……..... 39

3. Problématique et hypothèses...…….. 41

3.1. Les intentions……. 41

3.2. La problématique…….41

3.3. Les hypothèses……... 42
3.3.1. Première hypothèse……... 42
3.3.2. Deuxième hypothèse……. 42

4. Exploitation des entretiens…..…… 43

4.1. Choix méthodologiques……...……..…… 43
4.1.1. Le panel……...……..…… 43
4.1.2. Le guide d'entretien...…….…….. 43
4.1.3. Transcription des entretiens et analyse…….…….44

4.2. Vérification des hypothèses…….…….. 45
4.2.1. Analyse des entretiens…….…… 45

Analyse 1……...…….……... 45
Analyse 2…….…… 47

Analyse 3…… 50
Analyse 4…… 52
Analyse 5…… 54
Analyse 6…… 56
Analyse 7…..…….…… 60
Analyse 8…… 61
Analyse 9…… 65
Analyse 10…….. 67

4.2.2. Synthèse des analyses……..... 70

4.3. Retour à la problématique.....…..……. 74

5. Critiques et limites de ce travail…… 75

6. Conclusion et propositions…… 76

Bibliographie et sitographie……..…….. 80

Annexes……..……. 90

Annexe 1 : Maslach Burn out Inventory (MBI)..... 91
Annexe 2 : Guide d'entretien..... 94
Annexe 3 : Entretiens..... 98
Entretien 1..... 99
Entretien 2..... 112
Entretien 3..... 121
Entretien 4..... 130
Entretien 5.....141
Entretien 6.....151
Entretien 7..... 164
Entretien 8..... 177
Entretien 9 193
Entretien 10..... 207

« (…) une société nous semble se définir moins par ses contradictions que par ses lignes de fuite, elle fuit de partout, et c'est très intéressant d'essayer de suivre à tel ou tel moment les lignes de fuite qui se dessinent ».

DELEUZE Gilles (2003), *Pourparlers*, Paris, Editions de Minuit, p. 232.

Introduction

A) Pourquoi le thème de l'épuisement professionnel ?

Depuis une dizaine d'années, je travaille comme formateur auprès d'un public de bas niveau de qualification en difficulté d'insertion sociale et professionnelle, dans le cadre d'une association qui salarie environ 200 personnes et dont l'activité principale est l'accueil en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et la prestation de différentes actions relevant du champ de l'insertion sociale. Mon contexte professionnel est celui du travail social et je côtoie quotidiennement depuis des années des travailleurs sociaux dont l'engagement professionnel est traditionnellement marqué par un fort investissement personnel auprès des publics accueillis. Or, depuis quelques années, je constate une dégradation très sensible du climat social au sein de l'association et de la santé mentale d'un nombre important de professionnels. De façon répétitive, des collègues sont en arrêt maladie, certains cumulant des arrêts de plusieurs mois dont l'aboutissement est parfois la démission, d'autres fois le licenciement. En septembre 2007, un collègue fortement investi professionnellement et syndicalement (responsable d'une section syndicale) a mis un terme à sa vie en se jetant du pont de Brotonne. A la lumière de mes lectures, j'ai pris conscience que j'évolue dans un contexte professionnel où l'épuisement professionnel, ou burn out, prend une ampleur importante. Ce constat conduit à s'interroger à la fois sur les raisons et sur les possibles réponses à ce phénomène.

Les principales réactions que j'ai pu observer sur mon lieu de travail sont, du côté de l'encadrement, une gestion administrative des absences et finalement une non prise en compte du phénomène qui semble relever du tabou. Du côté des collègues de travail, un mélange de compassion, de cynisme parfois et de ras-le-bol des dysfonctionnements occasionnés. De façon générale, un malaise qui ne trouve pas les mots pour s'exprimer et face auquel tout le monde semble impuissant. La qualité de l'accueil du public est affectée par cette situation : se développe une façon parfois routinière de travailler où la tendance est, pour certains, à se recentrer ou peut-être se décentrer sur une certaine technicité dans le travail au

détriment d'une réflexion nécessaire à une professionnalisation continue des pratiques, tandis que d'autres prennent de plus en plus de distance vis-à-vis de leur engagement professionnel et quelque fois développent des attitudes et des comportements qui expriment un « laisser aller » . C'est une fuite en avant dont une des conséquences est une perte de sens du travail.

Cependant, je ne souhaitais pas aborder cette question de l'épuisement professionnel dans le domaine du travail social, je voulais, au contraire, prendre du recul par rapport au contexte du milieu professionnel dans lequel j'exerce.

B) La mission

Nous avons fait notre stage au sein de la Direction des Formations Initiales et Continues du CHU – Hôpitaux de Rouen. Initialement, notre mission portait sur la qualité de vie au travail. Dans la convention de stage, telle était sa formulation : « Politique de formation autour de la qualité de vie au travail (bien-être et santé au travail) ». Mais, lors de notre arrivée sur le lieu de stage, le contexte s'est révélé ne pas être opportun à la réalisation de cette mission et nous avons dû, en collaboration avec la directrice adjointe des Formations Initiales et Continues, définir une nouvelle mission.

Dans un premier temps, il nous a été demandé de réaliser un questionnaire destiné aux agents exprimant le souhait d'un changement d'activité professionnelle. Ce questionnaire devait être un outil permettant de cerner la demande des agents, de recenser les éléments utiles pour les accompagner dans leur démarche et les orienter de façon appropriée.

Cette demande correspondait à une situation particulière : les sollicitations de plus en plus nombreuses d'agents du CHU en vue d'obtenir un entretien avec la Direction des Formations Initiales et Continues afin d'exprimer leur besoin ou désir de changer d'activité professionnelle.

Il est très vite apparu qu'une réelle réponse à cette problématique des demandes de reconversion professionnelle volontaire ne pouvait pas se réduire à l'outil d'aide aux entretiens que pouvait être un questionnaire adressé aux agents. Pour cette raison, nous avons proposé d'étendre notre mission à une réflexion sur l'opportunité d'une réponse institutionnelle prenant

la forme d'un dispositif d'accompagnement des demandes individuelles de reconversion professionnelle.

Dans le cadre de cette mission, nous avons eu l'opportunité de participer aux entretiens avec des agents ayant le souhait de changer d'activité professionnelle. Force a été de constater que, la plupart du temps, ce désir de changement s'inscrit dans le contexte d'une usure professionnelle.

C) Le mémoire

Notre mémoire a une visée exploratoire. Il fait se rencontrer deux domaines qui n'ont pas a priori d'espace commun : l'ingénierie de formation et, dans les termes de l'épuisement professionnel, la santé mentale au travail.

L'ingénierie de formation, dans son histoire récente, renvoie à l'idée d'acquisition de compétences et de professionnalisation, alors que l'épuisement professionnel fait référence au domaine de la psychologie et à la médecine du travail. De fait, se tourner vers une discipline dont l'un des objectifs est la professionnalisation, en vue de prévenir l'épuisement professionnel, a l'apparence d'un paradoxe.

L'ingénierie de formation

1.1. Une histoire récente

C'est dans le courant des années 70 que l'usage de l'expression « ingénierie de formation » apparaît et se développe en France. Le contexte économique est celui d'une croissance forte et d'une consommation de masse en expansion qui, l'une comme l'autre, n'ont pas encore subi le contrecoup du choc pétrolier. La demande en formation est forte dans les pays anciennement industrialisés, mais elle ne l'est pas moins, sinon plus ou différemment,

dans les pays en voie de développement qui viennent d'acquérir leur indépendance. Dans ces derniers, l'objectif est de former, dans un délai de temps le plus court possible, les ouvriers, les techniciens, les ingénieurs, les cadres des nouvelles usines ou des nouveaux complexes industriels. La formation doit se développer à grande échelle, apporter une réponse efficiente à un besoin ciblé, analysé. L'ingénierie de formation va répondre à ce besoin en développant des outils permettant de concevoir des dispositifs de formation en adéquation avec les besoins analysés. C'est ainsi que l'offre de formation va se structurer et se rationaliser sur le modèle de l'ingénierie des grands ouvrages auxquels sont empruntés le terme d' « ingénierie », des outils et des méthodes.

Un autre facteur qui participe au développement de l'ingénierie de formation est l'entrée dans le champ de la formation de nombreux ingénieurs. L'influence d'une personnalité telle que Bernard Schwartz, qui après avoir réformé l'Ecole des Mines de Nancy créait le Centre Universitaire de Coopération Economique et Sociale (CUCES), sera déterminante dans l'évolution de l'ingénierie de formation.

Enfin, *the last but not the least*, en France, la loi de 1971 sur la formation professionnelle contribue au développement du besoin et de l'offre de formation en créant l'obligation pour les entreprise de financer la formation.

En 1985, Guy Le Boterf définissait l'ingénierie de formation comme :

> *(...) l'ensemble coordonné des activités de conception d'un dispositif de formation (dispositif de formation, centre de formation, plan de formation, centre de ressources éducatives, dispositif de formation à distance, réseaux de formateurs, réseaux de ressources,...) en vue d'optimiser l'investissement qu'il constitue et d'assurer les conditions de sa viabilité* [1].

Cette définition s'inscrit dans le contexte de cette première étape du développement de l'ingénierie de formation dont le succès est sanctionné par un développement considérable du marché de la formation dont la période emblématique est « l'ère du catalogue », du milieu des années 70 à celui des années 80. La référence en matière

[1] LE BOTERF Guy (2004), « L'ingénierie de la formation : quelles définitions et quelles évolutions ? », in CARRÉ Philippe, CASPAR Pierre (sous la direction de), *Traité des sciences et des techniques de la formation*, éditions Dunod, Paris, 2ème édition 2004, p.367.

de formation est devenue le stage, l'offre de formation a fini par l'emporter sur le besoin et par structurer en partie la demande.

La crise économique dont le poids se fait définitivement sentir au cours des années 80 sonne le glas de cette première phase du développement de l'ingénierie de formation.

Au tournant des années 80-90, la mondialisation de l'économie et le développement d'une concurrence accrue conduisent les entreprises à rechercher une plus grande performance qui s'exprime en terme d'efficience et se décline sur les plans de la qualité, du coût, du délai de livraison, du service rendu. L'atteinte de cette performance implique de nouvelles exigences à l'égard des personnels. Le maître mot devient « la professionnalisation ». Un regard nouveau est porté par les employeurs sur la formation qui devient, notamment dans certaines grandes entreprises ou des petites et moyennes entreprises de produits à haute technicité, une priorité et une fonction des ressources humaines. Se professionnaliser, c'est s'inscrire dans un processus d'acquisition de compétences. Être un professionnel, cela ne signifie plus exercer telle ou telle profession ou disposer des qualifications requises pour occuper tel ou tel poste de travail, mais cela devient agir en professionnel. Or ce qui permet d'agir, ce n'est pas l'assimilation d'un programme de formation mais l'acquisition de compétences. L'ingénierie de formation devient progressivement une ingénierie des compétences au service d'une ingénierie de la professionnalisation.

Cet éclatement sémantique du concept d'ingénierie de formation est toujours d'actualité et se manifeste par une démultiplication d'expressions construites à partir du mot « ingénierie » : ingénierie des compétences, ingénierie de la professionnalisation, ingénierie des parcours de formation, ingénierie des parcours professionnels, ingénierie concourante ou simultanée. Cette nouvelle terminologie exprime une évolution du champ de la formation en prise avec les changements en cours sur les plans économiques et sociaux, à savoir, une nouvelle façon de raisonner, davantage en phase avec les enjeux économico-stratégiques actuels du développement des compétences. C'est le point de vue que développe Guy Le Boterf :

> *Raisonner en termes d'ingénierie des compétences et non plus seulement en termes d'ingénierie de formation ne revient pas seulement à préciser ou à moderniser le*

vocabulaire ou des concepts. Cette évolution se traduit par le passage d'une ingénierie de la formation à une ingénierie de la professionnalisation. Il existe en effet plusieurs moyens de développer des compétences, d'acquérir des ressources nécessaires à cette construction du professionnalisme. La formation est un moyen certes important mais c'est un moyen parmi d'autres d'y contribuer et ce n'est pas le seul.[2]

Cette opposition que trace Guy LE BOTERF entre ingénierie de formation et ingénierie des compétences permet de mettre en évidence la distinction entre un dispositif de formation dont le centre de gravité est un programme ou un cursus linéaire de formation et une modalité d'acquisition de compétences qui, contextualisée, renvoie à une situation de travail et s'inscrit dans l'organisation du travail. De fait, la mise en place d'un dispositif de professionnalisation, en impliquant l'usage de l'ingénierie d'un contexte en opposition à l'ingénierie d'un programme,[3]sanctionne le possible développement d'une relation plus étroite entre ingénierie de formation et organisations.

1.2. Ingénierie de formation et organisations

La prise en compte de la formation par les organisations s'opère à différents niveaux. L'organisation peut être simple consommatrice de formation sous la forme de stages auxquels les personnels participeront en fonction de différents paramètres pouvant aussi bien relever de nécessités ponctuelles, internes à l'entreprise, que de projets individuels. A ce niveau les liens entre formation et organisation n'expriment pas une spécificité organisationnelle.

Il en est différemment lorsque la formation est réellement mise en œuvre dans l'organisation et que les liens entre organisation et formation deviennent fonctionnels. Nous pouvons alors distinguer trois grands types d'organisation : les organisations formatrices, les organisations qualifiantes et les organisations apprenantes.

[2] Citation extraite de l'intervention de Guy LE BOTERF « Les défis posés à l'ingénierie de formation et à la production des expertises collectives. Quelles évolutions prendre en compte ? Quelles conséquences pratiques? » aux Journées d'Etude « Ingénierie des dispositifs à l'international » du 24 et 25 novembre 1999 à Montpellier.
[3] LE BOTERF Guy (1997), *Compétence et navigation professionnelle*, Editions d'organisation, Paris, 2ème édition 1999.

1.2.1. Les organisations formatrices

Dans le cadre des organisations formatrices, le recours à la formation est envisagé comme devant favoriser les apprentissages individuels au moyen de formations conçues en lien étroit aux pratiques de travail quotidiennes. L'objectif est celui d'une professionnalisation au moyen d'actions permettant de développer l'adaptation des compétences à la complexité des tâches qui définissent le poste de travail.

1.2.2. Les organisations qualifiantes

L'objectif est un développement des compétences individuelles et collectives au moyen de formations diplômantes et du recours aux situations de travail formatrices dans la perspective d'une synergie des compétences individuelles et collectives. L'effort individuel de développement de compétences est reconnu socialement et financièrement. Se professionnaliser est alors une éthique professionnelle qui participe à la stratégie de développement de l'organisation. Se former est partie intégrante de la culture de l'organisation.

La paternité de l'expression « organisation qualifiante » revient à Antoine Riboud qui l'employa dans son rapport *Modernisation mode d'emploi*, adressée au premier ministre en 1987. Elle s'inscrit dans un double contexte économique et social. Sur le plan économique l'enjeu était l'accroissement de la compétitivité des entreprises à travers l'appropriation des nouvelles technologies par les salariés. Sur le plan social, l'objectif était d'utiliser les nouvelles technologies comme une nouvelle opportunité d'apprentissage, d'acquisition et de développement des compétences, à l'époque où revenait comme un leitmotiv du défaut de compétitivité de l'économie française l'idée d'une population vieillissante dont la formation initiale, les compétences et les routines n'étaient plus adéquates aux nouveaux paramètres d'un monde économique et professionnel en mutation.

Nous pouvons qualifier le concept d'organisation qualifiante d'idéal type au sens de Max Weber, car il se présente sous la forme d'une cible à atteindre. En effet, la proposition est de se diriger vers une organisation qui serait, idéalement, un lieu de production, de transfert et d'appropriation de nouvelles compétences permettant aux hommes et à l'organisation d'être en phase avec les données changeantes du contexte.

Trois principes fondamentaux permettent de résumer la nature et les objectifs de l'organisation qualifiante. Le premier principe fondamental s'apparente à une révolution copernicienne dans le domaine de la gestion des compétences et des ressources humaines. En effet, traditionnellement les ressources humaines sont ajustées aux choix organisationnels préalablement déterminés. Or, dans le cadre de l'organisation qualifiante, la mise en œuvre des compétences participe à la structuration de l'organisation. Ainsi, l'organisation se définit non pas tant par sa structure interne que par les compétences individuelles et collectives nécessaires à l'atteinte de ses objectifs.

Le deuxième principe fondamental est le privilège accordé au caractère formateur des situations de travail. Un corollaire de ce principe est la tension vers les situations complexes appréhendées comme des moments privilégiés d'apprentissage tandis que les situations routinières peuvent faire l'objet d'une standardisation.

Le troisième principe est la recherche de coopération dans le travail qui induit l'importance attribuée aux activités de communication et d'échanges d'information. La communication implique l'élaboration et le partage d'un langage commun dont les outils peuvent être des référentiel et des protocoles constitutifs d'une culture commune.

1.2.3. Les organisations apprenantes

L'origine du concept d'organisation apprenante remonte au mouvement des relations humaines et aux recherches de Chris Argyris sur la capacité d'apprentissage des organisations. Ces recherches le mèneront à élaborer, avec Donald Schön, une théorie de l'apprentissage organisationnel. Pour ces auteurs, les principaux obstacles aux changements et à l'apprentissage sont les routines défensives qui consistent à puiser dans les stratégies d'actions disponibles, et ce quelles que soient les situations y compris lors de situations nouvelles ou dans le cas d'un échec. Le modèle d'apprentissage correspondant à ces routines d'actions défensives est l'apprentissage en simple boucle (single-loop learning) qui ne produit pas de connaissances nouvelles dans la mesure où son objectif est limité à un meilleur usage des théories, stratégies ou des différentes variables de l'action disponibles. Produire des connaissances nouvelles, c'est remettre en cause les représentations actuelles, les

connaissances et stratégies qui leurs sont associées, et dont le maintien constitue la routine défensive. C'est la fonction de l'apprentissage en double boucle (double-loop learning) qui permet aux individus et à l'organisation d'adapter les variables de l'action aux changements et aux situations nouvelles auxquels ils sont confrontés et de définir des nouveaux objectifs en fonction de l'environnement. L'apprentissage en double boucle ouvre sur une nouvelle dimension que constitue une troisième boucle de l'apprentissage, la dimension réflexive dont les objets sont les stratégies, non de l'action mais de l'apprentissage lui-même : « apprendre à apprendre ». Cette troisième boucle de l'apprentissage, en introduisant la réflexivité dans les pratiques professionnelles, fait de l'organisation apprenante une organisation évolutive au service du développement des compétences.

De fait, l'approche par les compétences est au centre de l'organisation apprenante. Elle établit le lien entre connaissances explicites et connaissances tacites en privilégiant l'apprentissage expérientiel. Les savoirs explicites correspondent aux connaissances formalisées et transférables tandis que les savoirs tacites correspondent aux savoir-faire contextualisés, difficilement communicables parce que non formalisés. La dimension réflexive introduite dans les pratiques professionnelles permet d'opérer un travail de décontextualisation des savoirs tacites et une formalisation des pratiques favorisant leur transférabilité et leur appropriation collective.

Ainsi, en matière de formation et d'apprentissage, si les objectifs de l'organisation apprenante intègrent l'élévation du niveau de qualification des individus et le développement des compétences individuelles, ils n'y sont pas réductibles. En effet, les objectifs sont également ceux d'une professionnalisation collective qui résulte de modalités d'apprentissage dont la caractéristique est le partage de la réflexivité introduite dans les pratiques professionnelles.

1.3. La formation et la santé au travail

1.3.1. La santé physique

En un sens étroit, la santé au travail signifie d'abord la santé physique, la protection du corps. Elle se définit dans les termes de l'hygiène et de la sécurité au travail. Préserver la santé du personnel, c'est veiller aux conditions d'hygiène et à la réduction des risques professionnels pour le protéger de la maladie et des accidents du travail. Un bref aperçu de l'historique de la législation concernant la santé au travail corrobore cette première définition restrictive.

Au XIX^{e} siècle, les premières mesures de protection des personnels sur les lieux de travail ont concernés d'abord, exclusivement, les enfants et les femmes. C'est au bénéfice de la loi du 12 juin 1893 que l'application de mesures de protection s'est généralisée à l'ensemble des industries et à toutes les catégories de personnels. La loi du 9 avril 1898 instituera le principe de la responsabilité civile de l'employeur pour les accidents sur le lieu de travail. Le Ministère chargé du travail sera créé en 1906. Et le 10 juillet 1913, un décret imposera des normes fondamentales d'hygiène, de sécurité et de prévention des incendies dans les locaux de travail. Ainsi, ces vingt années de la « belle époque » sont celles de la mise en place d'une réglementation et d'une législation visant la protection physique des personnes, c'est le premier socle conceptuel sur lequel vont se développer les politiques de sécurité et de santé sur les lieux de travail.

En 1945, le champ des acteurs intervenant dans le cadre de la santé au travail s'élargit avec la création des nouvelles institutions que sont la Sécurité sociale, la Médecine du Travail et les Comités d'Hygiène et de Sécurité.

La modernisation de l'outil industriel dans le contexte d'une forte croissance économique de 1955 à 1975, s'accompagne d'une diminution d'un tiers du taux des accidents du travail. Des préoccupations nouvelles vont se développer et s'expriment, en 1970, dans les concepts d'amélioration des conditions de travail et de sécurité intégrée. En 1973, est créée l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et, en 1976, la loi formule le principe de l'intégration de la prévention des risques professionnels à l'ensemble des situations de travail incluant la formation à la sécurité du salarié sur son poste de travail. Parallèlement, la création du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels organise la concertation avec les partenaires sociaux sur le plan national pour la définition des politiques de santé et de sécurité au travail. Cette évolution est sanctionnée au niveau de l'entreprise, par la refonte de l'ancien Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS) qui

devient, en 1982, un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dont les compétences sont élargies.

Des premières mesures concernant l'hygiène et les accidents du travail de la fin du XIX^{e} siècle à une politique d'intégration de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail, un siècle s'est écoulé à travers lequel le concept de santé au travail a développé tout le contenu de sa première acception, à savoir la santé physique, la protection du corps dans le cadre des différentes situation de travail. Dans ce contexte, l'objet de la formation est clairement identifié : on se forme pour acquérir les connaissances, les comportements et les réflexes permettant de prévenir les risques professionnels ou de réagir de façon adéquate dans le contexte d'un incident susceptible de porter atteinte à la sécurité des personnes. Et, l'ingénierie de formation consiste à planifier et mettre en œuvre à l'échelle de l'entreprise ou de l'établissement les formations nécessaires pour une bonne observance des règles d'hygiène et de sécurité. Ce qui signifie que la formation et l'ingénierie de formation ne participent pas à la définition et à l'élaboration d'une politique de santé au travail, mais sont les outils et les moyens pour l'application d'une politique de gestion des risques professionnels et de la sécurité au travail. Autrement dit, dans le cadre de la santé au travail [entendu selon la définition qui en a été faite plus haut dans les termes d'une réduction à la protection corporelle], il n'y a pas de politique de formation au sens fort du terme, mais uniquement au sens mineur d'une mise en place de moyens. Nous pourrions parler d'une ingénierie de formation appliquée et non stratégique.

1.3.2. La santé mentale

Le cheminement précédent nous a conduit de l'hygiène et de la sécurité aux conditions de travail. Dans un premier temps, les contours du champ conceptuel des conditions de travail sont tracés par la notion de risques professionnels en ce sens où les conditions de travail doivent prioritairement permettre de prévenir les maladies et les accidents du travail. Dans un second temps, la sémantique de l'expression se révèle porteuse d'une interrogation sur le sens du travail.

Le travail interrogé par ses conditions est un travail remis en question dans un contexte, celui des années 80 et 90, où la situation économique et sociale ébranle la valeur

travail dans le même temps où, du côté des sciences humaines et du développement de la psychopathologie, le sens du travail est questionné, en particulier, l'investissement de la subjectivité dans le travail.

a) L'émergence de la question de la santé mentale au travail

La prise en compte des questions de santé mentale au travail émerge progressivement entre 1945 et 1965 dans le même temps où se constitue une psychiatrie du travail. Ce mouvement est impulsé par l'intérêt que portent une minorité de psychiatres dont Paul Sivadon, Claude Veil, Louis Le Guillant, Tosquelles, Begouin, aux potentialités restructurantes et resocialisantes du travail. Cette orientation nouvelle de la psychiatrie en France s'inscrit dans un contexte où la mission du psychiatre dans la société évolue sous la forme d'une psychiatrie sociale ou psychiatrie d' « extension ». Le rôle du psychiatre dans la société n'est plus uniquement de soigner les malades mentaux, mais également de mettre ses connaissances au service de la prévention de la maladie mentale dans les différentes sphères de l'espace public. Ainsi, vont se développer des collaborations avec différents milieux professionnels et sociaux, ceux de l'enseignement et de l'université, ceux de la magistrature et de la prison, le milieu militaire et le milieu du travail.

Ces praticiens précurseurs d'une psychiatrie du travail vont :

> *(...) sensibiliser les médecins du travail à la compréhension des troubles qui demeurent opaques à la médecine traditionnelle, en particulier la fatigue chronique industrielle et ses manifestations fonctionnelles. Ils sont en effet les premiers à contourner l'analyse substantialiste de la fatigue et à lui opposer une conception dynamique et symptomatique renvoyant à l'expérience vécue et singulière de l'individu en son entier.*[4]

La toxicité du travail deviendra l'objet d'une réflexion donnant naissance à la psychopathologie du travail dont le développement se fera, non en relation, mais en parallèle à une psychologie appliquée au travail. La psychopathologie du travail établira un lien entre le couple « travail-fatigue » et la notion de souffrance. Le travail sera considéré comme pathogène si ses effets sont néfastes sur la santé mentale et structurant si, au contraire, l'activité est bénéfique à la santé mentale.

[4] BILLARD Isabelle, Santé mentale et travail, Edition La Dispute, Paris, p. 169.

b) Psychologie du travail et psychopathologie : deux approches, un débat

Au seuil des années 50, tandis que la psychologie du travail dans sa relation étroite à la psychologie expérimentale s'intéresse au travailleur en tant qu'« objet » et, dans la tradition positiviste, analyse et mesure, quantifie et formalise, devenant ainsi l'auxiliaire de l'ingénieur, la psychopathologie du travail, qui de son côté ne dispose d'aucun savoir constitué applicable au travailleur comme objet d'étude mais aborde celui-ci sous l'angle du rapport de l'homme au travail, porte son intérêt sur le travailleur en tant que « sujet » et appréhende ce qui était demeuré un impensé du travail, à savoir l'usure et les amputations de la personne entendue au sens d'une totalité et d'une singularité dynamique.

Cette psychologie du travail, dont nous dressons un rapide portrait, est celle impulsée par son pionnier Edouard Toulouse. Dans le courant des années 50, elle évolue en prenant en compte les difficultés auxquelles les travailleurs sont confrontées dans leur activité. Dans les décennies qui suivent, cette ouverture s'exprime et se prononce à travers le développement et les travaux de l'analyse ergonomique et de la psychologie cognitive, et à travers les développements de la théorie du « stress » qui appréhendent les tensions qu'éprouvent les travailleurs dans le contexte de l'activité de travail. Cependant, la dimension subjective du rapport de l'homme au travail demeure au second plan sous la forme d'un produit dérivé de l'analyse des relations objectives.

De son côté, la psychopathologie du travail va accentuer la prise en compte de la dimension subjective du rapport de l'homme au travail. Et, au seuil des années 90, sous l'impulsion du psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours, cette évolution s'exprime dans une terminologie nouvelle, l'appellation « *psychodynamique du travail* ».

Christophe Dejours va mettre l'accent sur l'activité du sujet à travers la reconnaissance de stratégies individuelles et collectives de défenses vis-à-vis des contraintes réelles du travail. L'usage de ces stratégies défensives permettrait un équilibre instable entre souffrance et plaisir au travail et expliquerait l'étonnante inscription des travailleurs dans une normalité malgré les contraintes exercées sur le psychisme humain par la souffrance au travail. C'est la prise en compte de cette dialectique entre souffrance et plaisir au travail qui en

renouvelant le champ de la psychopathologie du travail justifie le changement de terminologie. Le centre de gravité de la recherche en psychopathologie se déplace d'une recherche des pathologies mentales spécifiques au milieu professionnel où la subjectivité demeurait passive, vers la compréhension de la normalité ou de l'énigme de l'équilibre entre souffrance et plaisir au travail qui révèle une subjectivité active.

Ce point d'arrivée - temporaire peut-être, mais actuel - de la psychopathologie du travail qui développe une clinique du sujet, a contribué à l'évolution récente de la psychologie du travail, notamment à travers le débat actuel entre Christophe Dejours et Yves Clot qui, de son côté, développe une clinique de l'activité. Pour ce dernier, l'horizon de la psychodynamique du travail en ayant pour ligne la normalité ne permet pas l'accès à la santé au travail, car la normalité c'est, par définition, l'adaptation à des normes existantes alors que la santé serait « être instigateur de normes, sujet vivant d'une normativité ». La santé serait du côté d'un pouvoir d'agir qui crée de nouvelles normes et qui ne s'épuise pas dans l'adaptation à l'existant.

Tandis que Christophe Dejours, dans le cadre de la psychodynamique du travail, met l'accent sur les échanges intersubjectifs en jeu dans le travail, Yves Clot, dans le cadre de la psychologie du travail et de la clinique de l'activité, souligne les tensions existantes entre l'activité et son double objet - ce qui est réalisé et les autres - et la subjectivité.

Notre propos n'est pas de nous immiscer dans ce débat, mais de souligner que c'est dans les termes de celui-ci qu'est aujourd'hui posée la question de la santé mentale au travail.

c) Et la formation ?

Comme nous le soulignions dans notre introduction, la santé mentale n'entre pas a priori dans le cadre des préoccupations de l'ingénierie de formation. Cependant, de plus en plus fréquemment, des stages de formation à la gestion du stress et des stages de remise en forme apparaissent dans les plans de formation de certaines grandes entreprises ou d'établissements publics. La programmation de ces stages indique une sensibilisation aux situations de stress et d'épuisement professionnel et la tentative d'apporter des réponses au

moyen de la formation. Mais, ce type de réponses renvoie davantage à « l'ère du catalogue » qu'aux développements actuels de l'ingénierie de formation.

En effet, la programmation de ces stages ne s'appuient pas sur une analyse des causes de l'épuisement professionnel et/ou des situations génératrices de stress dans le contexte du travail. En conséquence, les liens entre l'activité des personnels, l'organisation du travail et le développement des compétences, ne peuvent pas être établis. Ainsi, il semble que ces réponses en termes de formation s'élaborent sans recours à une ingénierie de formation.

2. L'épuisement professionnel et le domaine du soin

2.1. Épuisement professionnel et burn out

2.1.1. Définitions générales du burn out ou de l'épuisement professionnel

Dans son ouvrage *Épuisement professionnel et burn out*[5], Didier Truchot recense les définitions suivantes du burn out :

- *Un état de fatigue et de frustration, de dépression, provoqué par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation et qui échoue à produire les résultats espérés.* (Freudenberger et Richelson, 1980, p. 13).

- *Un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties.* (Cherniss, 1980, p. 18).

- [le burn out] *est caractérisé par un épuisement physique, par des sentiments d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par le développement du concept de soi négatif, et d'attitudes négatives envers le travail, la vie et les autres personnes.* (Pines, Aronson et Kafry, 1981, p. 202).

- *Le burn out est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.*(Maslach et Jackson, 1981, p. 1).

[5] TRUCHOT Didier (2004), *Épuisement professionnel et burn ou*t, Paris, Dunod, p. 19.

- *Le burn out est une réponse au stress émotionnel chronique avec trois dimensions : a) l'épuisement émotionnel ou physique, b) la diminution de la productivité, et c) la surdépersonnalisation.* (Perlman et Hartman, 1982).

- *Une perte progressive d'idéalisme, d'énergie et de buts, ressentie par les individus dans les professions d'aide à cause de leur travail.* (Sturgess et Poulsen, 1983).

- *Un état d'épuisement résultant de l'implication avec des personnes dans des situations exigeantes émotionnellement.* (Johnson et Stone, 1987, p. 67).

- *Pour moi, le burn out provient d'inadaptations continues, rarement reconnaissables, et pour la plupart déniées entre les caractéristiques de l'individu et celles de l'environnement. Ces inadaptations sont la source d'un processus dérosion psychologique lent et caché. A la différence des autres phénomènes stressants, les mini-stresseurs liés aux inadaptations ne causent pas d'alarme et sont rarement sujets à des efforts de coping [faire face]. Ainsi le processus d'érosion peut continuer longtemps sans être détecté.* (Etzion, 1987, p. 16-17).

- *Un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement.* (Pines et Aronson, 1988, p. 9).
- *Le burn out réfère à une combinaison de fatigue physique, d'épuisement émotionnel et de lassitude cognitive.* (Shirom, 1989, p. 33).

- *Le burn out apparaît quand la réalisation d'un rôle actif, participant à la définition de soi, est menacée ou interrompue et qu'aucun rôle alternatif n'est sous la main.* (Hallsten, 1993, p. 99).

- *Le burn out est […] une réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles, qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue physique et de la lassitude cognitive.* (Shirom, 2003, p. 248).

La diversité de ces définitions pourraient induire l'idée que nous sommes en présence d'un concept aux contours encore flous. Cependant, ces définitions ne s'opposent pas, mais elles se complètent : les unes décrivent l'état de la personne atteinte d'épuisement professionnel ou burn out, les autres le processus de l'épuisement.

Les définitions en termes d'état font ressortir les éléments suivants :

- l'épuisement émotionnel et mental ;
- le développement d'attitudes négatives envers autrui ;
- la diminution des performances et la dépréciation de soi.

Les définitions en termes de processus soulignent l'écart entre l'investissement de l'individu au travail (attentes, intentions, efforts, idéaux) et la réalité du travail quotidien (conditions et résultats). Elles présentent ce déséquilibre comme étant à l'origine d'un stress qui peut être ressenti ou ignoré, mais qui se développe dans le temps et acquière une dimension chronique.

Que l'on se réfère aux définitions en termes d'état ou à celles en termes de processus, ce qui est central est la relation de l'individu au travail et l'accomplissement de soi dans le cadre de cette relation. C'est un point d'autant plus important qu'il inscrit l'émergence du concept d'épuisement professionnel dans le contexte d'un changement de paradigme de la relation de l'homme au travail.

2.1.2. L'épuisement professionnel : une problématique contemporaine

a) « Mauvaise fatigue » et épuisement professionnel

Dans *Le temps de la fatigue*, Marc Loriol identifie le burn out (ou syndrome de l'épuisement professionnel) comme une des « entités contemporaines de mauvaise fatigue »[6]. La « mauvaise fatigue » en opposition à la « bonne fatigue » ne peut pas être surmontée grâce à un simple repos récupérateur. Elle n'est pas le produit de la seule dépense d'énergie dans le cadre d'une activité déployée, mais elle est associée à l'idée de contraintes non assumées ou non acceptées psychologiquement. De ce point de vue, elle n'est pas une fatigue objective que l'on pourrait qualifier de « normale », mais elle apparaît subjective et revêt un caractère

[6] LORIOL Marc (2000), *Le temps de la fatigue*, Paris, Anthropos, p. 48.

pathologique. Si, à travers l'exemple donné de l'acédie[7] des moines du IV^{ème} siècle dans le contexte du mouvement érémitique venu des chrétiens d'Orient, Marc Loriol fait remonter les formes archaïques de la « mauvaise fatigue » à l'époque de transition entre l'Antiquité romaine et le Haut moyen-âge, il n'en demeure pas moins que cette dernière est devenue un fait de civilisation avec le développement de la société industrielle et le découpage du temps dans lequel s'inscrit l'activité humaine. Le temps découpé, monochrome, est porteur de l'idée de rendement, de tâches à réaliser dans un temps imparti, de programme, de délais à tenir. D'une part, il impose un type d'organisation du travail et de l'activité qui vise à faire réaliser le plus de choses possibles par un moindre nombre de personnes et dans les délais les plus courts, d'autre part, il enserre l'activité des individus dans des contraintes temporelles dont le non respect est synonyme de frustration et d'échec. Ce temps découpé serait ainsi générateur du stress qui produit la mauvaise fatigue à l'œuvre dans l'épuisement professionnel.

b) Le travail : un moyen d'épanouissement

De l'Antiquité au Moyen-Age, le travail est socialement considéré comme une activité indigne. La société industrielle va, au contraire, valoriser le travail qui deviendra un devoir social. Mais cette idée du travail comme devoir social n'est plus suffisante pour rendre compte de la représentation social du travail. En effet, aujourd'hui, le travail est de plus en plus conçu comme participant à l'épanouissement personnel de l'individu. C'est en grande partie au moyen de l'activité professionnelle que se construit l'identité sociale pour soi et pour autrui. L'épuisement professionnel s'inscrit dans cette nouvelle relation au travail qui induit l'implication et l'engagement professionnel, les attentes, la charge émotionnelle et les exigences de résultats et de performances, tous ces ingrédients de l'épuisement professionnel qui sanctionnent un attachement psychique profond de l'individu à l'activité professionnelle.

2.1.3. Les causes générales de l'épuisement professionnel

[7] Le mot « acédie » d'origine grecque (*ακηδεία*) signifiait, en grec ancien, la négligence, l'indifférence. Dans sa traduction latine (acedia) il désignait l'état de tristesse et de découragement des moines qui ne s'adaptaient pas au mode de vie qui leur était imposé.

La distinction traditionnelle des causes de l'épuisement professionnel s'opère à trois niveaux : organisationnel, interindividuel et intra-individuel.

a) Niveau organisationnel

Ce niveau est celui du contenu de l'activité, des conditions et du contexte de travail. Les variables recensées sont la surcharge de travail, les horaires, la nature des tâches, leur reproductibilité ou leur monotonie, la standardisation des procédures, les rythmes de travail et les pressions du temps. Le lien de ces variables avec l'épuisement professionnel est le sentiment de ne pas pouvoir contrôler son activité. D'autres variables relèvent du contexte de travail : l'isolement, le manque de soutien social, les implications de la vie professionnelle dans la vie familiale, les changements subis ou menaçants (délocalisation, restructuration, informatisation, diminution d'effectifs). Peuvent également être pris en compte la structure et la culture de l'institution, l'organisation hiérarchique et le style de management.

b) Niveau interindividuel

A ce niveau nous pouvons retrouver le peu ou l'absence de soutien social, mais plus généralement le déséquilibre dans les relations, la non reconnaissance des efforts ou du travail fourni, les injustices réelles ou ressenties, les conflits de personnes qui peuvent prendre les formes extrêmes, moralement ou physiquement violentes, du harcèlement ou de l'agression.

c) Niveau intra-individuel

Ce niveau est, en particulier, celui de l'identification des variables de personnalité qui tend, notamment sous l'influence du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, à écarter les variables organisationnelles et sociales, pour faire de l'épuisement professionnel un problème individuel. En effet, dans le modèle transactionnel du stress, le rôle principal dans l'émergence de la réaction de stress est attribué aux caractéristiques des personnes. Là où certains verront dans un stresseur, par exemple une nouvelle responsabilité, un défi à relever, d'autres y verront une menace. Ces caractéristiques individuelles influencent également les capacités à faire face, à mobiliser ses ressources propres et celles que représente

un possible soutien social. Ainsi, dans le cadre du modèle transactionnel du stress, les causes de l'épuisement professionnel ne seraient pas tant liées à l'environnement qu'au type de personnalité.

Outre les variables de personnalité, le niveau individuel est celui des attentes et de l'écart entre les attentes et la réalité du travail. Sont également pris en compte des variables sociodémographiques telles que l'âge, le sexe et le statut matrimonial.

2.2. Le burn out des infirmières : la construction sociale d'une catégorie de perception de la réalité

Nous nous référons à l'analyse sociologique de Marc Loriol qui montre comment le burn out est une catégorie *« socialement construite »* qui *« émerge au croisement de logiques d'actions hétérogènes »*[8]. L'intérêt de cette approche sociologique de la notion du burn out est de référer celle-ci à un contexte social, politique, économique et institutionnel.

2.2.1. Les approches de la construction sociale d'une catégorie

La construction sociale d'une catégorie relève de différentes approches qui ne sont pas contradictoires, mais se complètent. Marc Loriol en dénombre trois. La première approche qu'il qualifie de « production sociale d'une situation » consiste en la mise en évidence d' *« un ensemble d'évolutions, de stratégies et de mécanismes sociaux a priori distincts qui convergent et se combinent pour faire apparaître une situation nouvelle »*[9]. Dans le cadre de l'hôpital et du burn out du personnel soignant, les évolutions sensibles se combinant pour produire une situation nouvelle génératrice d'un mal être au travail seraient *« la réduction des durées de séjour, la complexification des technologies médicales et paramédicales, les problèmes d'effectifs, les moindres possibilités de reconversion, la montée en puissance des incivilités et des agressions »*[10]. Notons au passage qu'aborder la notion de burn out sous cet

[8] LORIOL Marc (2005), « La construction sociale de la fatigue au travail. L'exemple du burn out des infirmières hospitalières » in *Santée conjuguée*, N° 35, 2005, pp. 52-62.
[9] Ibid, p. 52.
[10] Ibid.

angle permet d'emblée de souligner des facteurs contextuels indépendants des individus en situation de travail.

La deuxième approche, celle que choisit de développer Marc Loriol, consiste en une *« construction sociale des catégories de perception de la réalité »*[11]. Il s'agit ici de montrer comment est « inventée » la catégorie et comment cette invention fraye son chemin ou s'institutionnalise dans la représentation sociale. Concernant le burn out ou l'épuisement professionnel des infirmières, il s'agit de décrire comment *« le malaise ressenti par certaines infirmières est mis en forme et étiqueté à travers la référence à cette nouvelle catégorie de la psychologie du travail »*[12]. Marc Loriol précise que cela ne signifie pas que le phénomène n'existait pas avant l'utilisation du terme qui sert à le désigner, mais que cela témoigne du fait *« que le psychisme humain possède une certaine plasticité et une complexité qui rendent possibles différentes lectures de cette souffrance »*[13]. De notre point de vue, cette « plasticité » n'est pas une qualité intrinsèque du psychisme humain qui se déploierait dans un univers dépourvu de forces ou de courants d'air, mais elle est en prise avec une évolution sociétale dont une des expressions génériques est l'interrogation qui porte sur le sens du travail. Ce point de vue est à mettre en relation avec le modèle du burn out d'Alaya Pines qui propose de mettre l'accent sur la prégnance de la quête existentielle dans l'investissement des individus au travail[14].

Nous suivrons Marc Loriol dans le développement de cette seconde modalité de la construction sociale de l'épuisement professionnel. Ce qui nous permettra de faire, en quelque sorte, la biographie du concept de burn out.

La troisième approche de la construction sociale d'une catégorie, ici, celle de l'épuisement professionnel du personnel soignant, se situe à un niveau micro et s'exprime dans les termes de *« coproduction d'un diagnostic »*[15]. C'est le moment de l'interaction entre la personne qui prend conscience de sa souffrance au travail et du besoin éprouvé d'une aide auprès d'un professionnel de santé, et ce dernier qui, en intelligence avec elle, pose le

[11] Ibid.
[12] Ibid, p. 53.
[13] Ibid.
[14] Infra. p. 30.
[15] Ibid.

diagnostic qui *« se traduit concrètement par l'actualisation d'un « rôle » de malade particulier »*.[16]

Ces trois approches ne s'excluent pas, elles correspondent à des niveaux différents de la réalité. La première approche, l'analyse de la « production sociale d'une situation » correspond à un niveau mezzo, dans la mesure où l'organisation est le lieu de l'impact des effets combinés des phénomènes constitutifs de la situation socialement produite et analysée. La seconde approche, la « construction sociale des catégories de perception de la réalité » situe l'analyse à un niveau macro car le lieu de la construction est l'espace publique et institutionnel dans lequel interagissent des logiques d'actions relevant tant du domaine économique que politique. Enfin, la troisième approche se situe à un niveau micro? celui des individus qui coproduisent le diagnostic et de la personne sur laquelle le diagnostic est posé.

2.2.2 Burn out des infirmières et perception de la réalité

Marc Loriol distingue trois moments dans la construction sociale d'une catégorie de perception de la réalité. Un premier temps est celui de la découverte ou de l'invention de la notion ; un second, celui de sa promotion qu'il qualifie « d'entreprise morale »[17] ; un troisième temps celui de *« l'institutionnalisation de la nouvelle définition »*[18].

a) La découverte

L'expression « burn out » est empruntée au domaine de l'aérospatiale où elle désigne un accident particulier, la retombée au sol d'une fusée après avoir brûlé trop rapidement tout son carburant. En 1960, Graham Green publie *A Burn out Case*[19], roman dans lequel un architecte aigri, devenu cynique, décide de se mettre à l'écart du monde dans lequel

[16] Ibid.
[17] Ibid. p. 54
[18] Ibid.
[19] GREEN Graham (1960) – A burn out case, éditions. Traduit en français sous le titre *La saison des pluies aux éditions*

il évolue en s'exilant dans des régions lointaines d'Afrique. Cet usage littéraire de l'expression n'en fait pas un concept, mais il souligne la force métaphorique que l'expression conservera en devenant un concept dans les champs sémantiques de la psychologie et de la médecine.

C'est en 1969, dans un article signé H.B. Bradley « Community-based treatment for young adult offenders »[20] publié dans *Crime and Deliquency* que l'expressoin « burn out » fait son entrée dans le domaine de la psychologie en désignant un stress particulier lié au travail. Mais, c'est la psychiatre Freudenberger[21] qui, en 1974, fait la première description de ce qui devient la dénomination d'un syndrome.

Freudenberger travaillait comme bénévole dans une *free clinic* de New-York auprès de toxicomanes lorsqu'elle constata que de nombreux membres de son équipe, de jeunes gens volontaires, pleins d'idéal, fortement impliqués dans la relation d'aide, au terme d'une année, présentaient un ensemble de symptômes physiques et psychiques similaires : défenses immunitaires amoindries, maux de tête, troubles gastro-intestinaux, insomnie, irritabilité, méfiance, frustration, perte d'enthousiasme et cynisme, dépression. C'est pour désigner l'ensemble de ces symptômes que Freudenberger utilisa l'expression *« burn out »*. Elle décrit le burn out comme *« un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail »*[22] et le qualifie de *« maladie du battant »*. Enfin, elle note que sur le plan professionnel, le burn out conduit à une stratégie d'évitement face aux patients.

En 1980, Freudenberger illustre le syndrome du burn out en recourant à une nouvelle image :

> *Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous*

[20]BRADLEY H.B. (1969), -« Community-based treatment for young adult offenders », in *Crime & delinquency,* vol. 15, N°3, pp. 359-370.
[21]FREUDENBERGER Herbert J. (1974) - « Staff burn out », in *Journal of social issues*, vol.30, pp. 159-165.
[22] Hoffman Axel (2005), « Burn out : biographie d'un concept », in Santé conjuguée, avril 2005, N°32, p.37.

l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte.[23].

On voit que la dimension métaphorique de l'expression demeure.

Entre 1974 et 1980, quarante-huit définitions différentes du burn out sont proposées. Le recours à la métaphore et la multiplication des définitions témoignent de la difficulté à opérer la transition d'une expression imagée à un concept scientifique reconnu par la communauté des psychologues et des médecins. Cette difficulté met en question l'existence de la réalité que l'expression désignerait. Ne pourrait-on pas se satisfaire du mot « dépression » pour désigner l'état d'une personne qui épuisée moralement s'effondre ? Les symptômes tels que fatigue, épuisement émotionnel, attitudes cyniques, etc. ne sont-ils pas imputables au stress ou à la dépression ? Pourquoi en faire les symptômes du nouveau syndrome que serait le burn out ? Degrés de stress et niveaux de dépression ne sont-ils pas suffisants pour rendre compte des états de souffrance psychologique même si le lien entre cette souffrance et la situation professionnelle est avéré ?

En 1976, Christina Maslach rapproche les stratégies déployées par les personnels soignants pour faire face à la charge émotionnelle de leur profession de celles des avocats aux Etats-Unis qui, commis d'office, travaillent auprès de personnes en difficultés sociales. Elle forge l'hypothèse que la relation d'aide est au cœur du syndrome de burn out et, tandis que Freudenberger insistait sur les facteurs personnels, elle situe résolument les causes du burn out dans l'environnement de travail.

En 1980, Cherniss développe une approche transactionnelle du burn out sous la forme d'un déséquilibre entre d'un côté les ressources personnelles ou/et organisationnelles (estime de soi, sentiment d'auto-efficacité, soutien des collègues et de l'encadrement), et de l'autre côté, les exigences du travail. Le burn out est décrit comme un processus en trois étapes de l'évolution de la transaction entre l'individu et son environnement de travail. La première étape serait celle de la perception du stress provoqué par le déséquilibre dans la relation. La deuxième étape, la tension (strain) correspondrait à la réponse à ce déséquilibre sur le plan affectif et s'exprimerait à travers un sentiment de fatigue, d'anxiété, d'épuisement

[23]Cité in LORIOL Marc (2005), « La construction sociale de la fatigue au travail. L'exemple du burn out des infirmières hospitalières » in *Santée conjuguée*, N° 35, 2005, p. 55.

émotionnel. La troisième étape serait celle des attitudes et comportements défensifs de l'individu sur le mode de la « fuite » psychologique et du renoncement à une tentative de résolution du problème.

En 1981, avec Jackson, Maslach développe un modèle du burn out sous la forme d'une structure à trois dimensions : 1) l'*épuisement émotionnel* qui signifie une perte profonde de la motivation et le sentiment d'un épuisement de ses ressources personnelles ; 2) la *dépersonnalisation* qui correspond à la dimension interpersonnelle, à la mise à distance d'autrui dans la relation de travail et au développement d'attitudes permettant de limiter les implications personnelles ; 3) la *réduction de l'accomplissement personnel* qui renvoie à une dépréciation de soi, une dévalorisation de son travail et de ses compétences, et affecte le sentiment d'auto-efficacité. L'*épuisement émotionnel* qui représente la dimension affective du syndrome, est central. La *dépersonnalisation* et la *réduction de l'accomplissement personnel* sont des composants attitudinaux ou cognitifs.

En 1982, Alaya Pines met l'accent sur l'idée d'une quête existentielle des individus au travail. Le burn out ne surviendrait pas du simple fait de contraintes liées à l'environnement de travail quelles que soient la force de ces contraintes, mais lorsque l'individu, ne pouvant plus utiliser ses compétences comme il le souhaite, est privé de la signification qu'il recherche dans son travail. C'est une approche motivationnelle où le burn out surviendrait à cause de l'écart entre motivations et attentes d'un côté, et réalité de l'autre.

Mais, nous savons qu'une théorie ou un modèle n'est pas une preuve de la réalité. Les modèles du burn out ne prouvaient pas la réalité de celui-ci. C'est l'usage de l'instrument de mesure créé par Maslach et Jackson en 1981, le *Maslach burn out* inventory[24] (MBI), qui va permettre de donner corps au concept en l'émancipant de la métaphore. En effet, en utilisant le MBI, Maslach et Jackson *« pouvaient, dans un même mouvement, délimiter et préciser les contours du syndrome et faire apparaître des infirmières en « chair et en os » concernés par le burn out »*[25].

[24] Voir annexe 1 p. 91.
[25] LORIOL Marc (2005), « La construction sociale de la fatigue au travail. L'exemple du burn out des infirmières hospitalières » in *Santée conjuguée*, N° 35, 2005, p. 55.

Construit à partir des trois grandes dimensions qui structurent le modèle proposé par Maslach et Jackson, le MBI va être un outil privilégié des premières recherches menées sur l'épuisement professionnel dans le domaine du soin en France à la fin des années 80.

Noëlle Lidvan-Girault, dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychologie, soutenue en 1989, traduit et utilise le MBI, pour la première fois en France, auprès d'une population de cinquante-deux médecins et six infirmières de services de médecine d'urgence.

De la fin des années 80 à aujourd'hui plusieurs enquêtes ont été menées dont l'impact va actualiser la thématique de l'épuisement professionnel dans le domaine du soin.

Chantal Rodary, biostatisticienne entourée de trois médecins du travail, d'une infirmière générale et d'un psychiatre, va mener une enquête comparative auprès de cinq cent vingt infirmières de l'Institut Gustave Roussy, spécialisé sur le cancer, et de l'hôpital Bicêtre. Les résultats de l'enquête montrent un taux d'épuisement professionnel plus important parmi le personnel soignant de l'hôpital Bicêtre alors que le nombre de décès est plus important à l'Institut Gustave Roussy. Ce constat va permettre de souligner l'importance *« d'une stratégie de prévention fondée sur la formation au soin relationnel dans les situations difficiles comme les décès ; les infirmières de l'Institut Gustave Roussy étant jugées mieux préparées sur ce point »*[26].

Une autre recherche, dont les répercussions seront importantes, est celle menée en 1988 et publiée en 1989 par Madeleine Estryn-Behar, médecin du travail de l'Assistanc publique – Hôpitaux de Paris, et Henri Poinsignon, cadre du même établissement. Elle porte sur la pénibilité physique et psychique du travail infirmier. Le regard n'est plus focalisé sur la relation soignant-soigné, mais élargit la perspective en prenant en compte l'environnement de travail. L'enjeu était d'établir le lien entre le travail et la santé des soignants :

> *La fatigue liée à la surcharge et au stress est classique. […] L'isolement, l'absence de gratification, la brièveté des échanges avec les supérieurs, le manque de participation sont signalés par plusieurs auteurs ayant travaillés sur le personnel infirmier. Ces éléments contribuent à générer une ambiance dépressive qui n'est pas toujours exprimée de façon claire, mais que traduit bien l'expression burn out syndrome, décrit par Cherniss en 1980.*

[26] Ibid., p. 57.

On y retrouve la lassitude, le découragement, le détachement, l'épuisement émotionnel, la perte de l'enthousiasme et de l'optimisme, enfin une perception cynique et désabusée des autres qui peut être destructrice.[27].

Entre la fin des années 80 et le début des années 2000, deux autres étapes de la construction sociale du burn out comme catégorie de perception de la réalité seront franchies, celle « d'entreprise de morale » et celle de l'institutionnalisation.

b) L' « entreprise de morale »

Cette *entreprise de morale* est le lieu de rencontre de trois logiques d'actions différentes qui se croisent au carrefour du burn out. La première logique d'action est celle du mouvement des infirmières, des grèves et des manifestations entre 1988 et 1991. Cette irruption sur la scène sociale donne un écho aux connaissances sur le burn out qui devient, en quelque sorte, un risque du métier qui participerait à la spécificité et à la reconnaissance de l'identité professionnelle en mettant au premier plan l'engagement personnel et la proximité de l'infirmière dans la relation au soigné. Dans un discours radical, cet engagement serait un don de soi qui s'opposerait à un traitement déshumanisé du patient par le médecin. Ainsi, est mis en avant un rôle d'interface entre le monde des soignés et le monde soignant et l'infirmière serait la cheville ouvrière de l'univers hospitalier. Dès lors, la relation soignant-soigné apparaît au cœur de la problématique de l'épuisement émotionnel qui est la dimension structurante du concept de burn out. Elle devient, également, l'entrée d'une seconde logique d'action, celle de la professionnalisation reprise par certains cadres infirmiers et prioritairement par les formateurs en écoles : l'épuisement professionnel serait la rançon d'une distance soignant-soigné non suffisamment professionnelle. Il faudrait n'être ni trop proche du malade et de sa famille afin de ne pas être submergée par la souffrance, ni trop éloigné afin de ne pas perdre la motivation originelle et l'enthousiasme nécessaire au métier. La « juste distance » se construit, elle doit s'apprendre, et les lieux de son apprentissage sont la formation initiale, la formation continue à l'occasion notamment de stage à la gestion du stress, et de façon plus informelle, les groupes de parole qui doivent permettre en sus de

[27] Cité par LORIOL Marc (2005), « La construction sociale de la fatigue au travail. L'exemple du burn out des infirmières hospitalières » in *Santée conjuguée*, N° 35, 2005, p. 57.

libérer la parole, une analyse des pratiques, une réflexion qui aide à faire la distinction entre son « moi personnel » et son « moi professionnel ».

Exigence de reconnaissance sociale de la profession d'une part, exigence de professionnalisation à l'égard des infirmières d'autre part, et enfin, troisième logique d'action, exigence d'une rationalisation des moyens dans la fonction publique hospitalière que pourrait mettre en échec une non prise en compte de la problématique de l'épuisement professionnel des personnels soignants. Cette dernière logique d'action va impulser le mouvement d'institutionnalisation de la notion de burn out.

c) L'institutionnalisation

La prise en compte de la problématique de l'épuisement professionnel par l'institution hospitalière s'est exprimée à travers des campagnes d'information et de prévention, la mise en place de groupes de paroles et la programmation de stage sur la gestion du stress dans les plans de formation des établissements. Cependant, l'épuisement professionnel n'a pas été reconnu comme maladie professionnelle et, de ce point de vue, l'institutionnalisation est demeurée inachevée.

Il nous semble intéressant d'interroger cette interruption du mouvement vers une institutionnalisation afin de mettre en évidence les significations implicites dont est porteuse la question de la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle.

Une maladie professionnelle n'est pas strictement une maladie qui se déclare dans un contexte de travail, mais une maladie dont l'origine est liée à un facteur pathogène présent dans l'activité et/ou l'environnement professionnels. A titre d'exemple, considérons le cancer de l'amiante : le cancer ne se déclare pas nécessairement dans le temps de l'activité professionnelle, mais c'est la manipulation ou l'exposition à des produits contenant de l'amiante, lors de l'exercice de cette activité, qui est considérée comme la cause principale de la maladie. Ainsi, reconnaître le burn out dans le domaine du soin comme maladie professionnelle impliquerait l'identification du facteur pathogène qui serait à l'origine de cette maladie, or quel que soit le modèle théorique auquel on se réfère, la seule origine possible serait la relation soignant-soigné car, dans toutes les définitions du burn out, la racine du

syndrome est l'épuisement émotionnel qui, sous la forme de la charge émotionnelle, renvoie à cette relation.

Ainsi, la condition d'une reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle et de l'achèvement de son mouvement vers l'institutionnalisation serait la reconnaissance d'un caractère pathogène de la relation soignant/soigné, ce qui est évidemment absurde. Mais si le burn out ne peut pas être classé parmi les maladies professionnelles, alors il relèverait de la catégorie des maladies personnelles et ses causes seraient endogènes, dans la personne, et non exogènes, dans l'environnement de travail. C'est une interprétation implicite dont une expression brutale et radicale rejette toute la responsabilité sur l'individu : les causes de l'épuisement professionnel ne seraient pas tant contextuelles qu'individuelles, chacun serait responsable de son épuisement professionnel et, pour cette raison, les plus sensibles au stress devraient apprendre à le gérer. Une version plus modérée se formulerait à travers une relative prise en compte du contexte : l'épuisement professionnel serait un risque du métier auquel aucun professionnel ne pourrait échapper du fait de la charge émotionnelle inhérente à l'activité, mais auquel chacun serait différemment exposé en fonction de sa capacité à faire face. Certains professionnels trouveraient en eux et dans l'environnement les ressources et stratégies permettant un coping efficace, les autres devraient s'équiper de techniques de gestion du stress.

Cette interprétation implicite de la non reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle, nous semble particulièrement néfaste en ce qu'elle induit un sentiment de culpabilité des soignants.

A travers l'histoire de la construction sociale du burn out comme catégorie de perception de la réalité, nous avons vu l'intervention de différents acteurs avec leurs propres logiques d'action. La notion d'acteur renvoie à celle d'actant. Les actes de l'acteur sont objectifs et explicites, les mobiles de l'actant sont subjectifs et implicites. Mais l'acteur n'agit pas sans les mobiles de l'actant.

Nous avons vu, comment dans le contexte des mouvements sociaux infirmiers des années 1988-1991, la proximité soignant-soigné avait été mise en avant pour revendiquer une reconnaissance de l'identité professionnelle et de l'engagement humain du soignant, mais nous avons également vu comment, par effet de boomerang, l'épuisement émotionnel

conduisant au burn out avait été interprété comme le produit d'une relation soignant-soigné non professionnelle que renforce l'inachèvement du mouvement vers l'institutionnalisation. Ainsi, les uns en pensant accéder à une reconnaissance professionnelle, et les autres en s'abstenant d'une remise en cause de la cohérence générale de l'institution, trouvaient illusoirement leur compte en mettant en avant la relation soignant/soigné qui devenait à la fois motif de valorisation et motif de dépréciation de la valeur du soignant, objet de reconnaissance et sujet de culpabilité.

De fait, la centration sur la relation soignant/soigné et la dimension morale qu'elle induit font oublier que le patient est officiellement pris en charge par l'institution et non par le ou les soignant(s). Cette centration peut-être interprétée comme une façon de faire porter au soignant la responsabilité institutionnelle qui est de mettre au service du patient un collectif de professionnels.

2.3. L'étude PRESST-NEXT

Nous venons de voir que la construction sociale du concept de burn out dans le domaine du soin fut l'œuvre de différentes logiques d'action qui trouvèrent un consensus en faisant de la relation soignant-soigné l'origine de l'épuisement professionnel. Mais, l'étude PRESST-NEXT[28] dont nous allons brièvement et sommairement présenter les résultats, ne corrobore pas cette représentation consensuelle de l'origine de l'épuisement professionnel.

2.3.1. Présentation

PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est le volet français de l'étude scientifique européenne NEXT (Nurses' Early Exit Study) initiée par SALTSA, le programme suédois de recherche pour la vie au travail. L'Union Européenne a promu l'étude NEXT dans le cadre de son Programme « Qualité de Vie et Gestion des Ressources Humaines ».

[28] ESTRYN-BÉHAR Madeleine (sous la direction de) (2005), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe,* Gap, éditions Communication,66 p.

Cette enquête, qui repose principalement sur des études statistiques menées dans les milieux hospitaliers de dix pays européens, est une riche source de données. Elle apporte un cadre général de référence qui permet à la fois de prendre la mesure du problème de l'épuisement professionnel dans les métiers du soin à la personne, d'en cerner les facteurs de risques, et d'en appréhender les différentes dimensions, en particulier la dimension politique en matière de santé publique.

Au niveau européen, sur 69 902 soignants sollicités pour répondre à un questionnaire, 37 161 ont répondu, ce qui représente un taux de réponse global de 53,2 %. En France 5376 soignants ont participé à l'enquête dont 2674 infirmiers et infirmiers spécialisés. Cette forte participation est une garantie de la validité externe de l'enquête et permet une généralisation de ses résultats.

Le questionnaire français comprenait 122 questions à choix multiples et les trois questions ouvertes suivantes:

1. *« Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ? Expliquez : »*
2. *« Quel(s) changement(s) utile(s) suggéreriez-vous dans votre travail pour améliorer son efficacité et ménager votre santé ? »*
3. *« Avez-vous des commentaires sur vos perspectives, votre santé, ou sur le questionnaire. Merci de les partager avec nous. »*

2.3.2. Satisfactions et insatisfactions

Au niveau européen par ordre d'importance, les points les plus insatisfaisants ou très insatisfaisants sont :

- le salaire par rapport aux besoins financiers ;
- le soutien psychologique ;
- les conditions physiques de travail ;
- la possibilité de donner des soins adéquats ;
- les perspectives professionnelles ;

- le temps de chevauchement pour transmission ;
- l'utilisation des compétences.

L'ordre de ces points peut différer d'un pays à un autre et en fonction des groupes professionnels (cadres et hautement qualifiés dont sages-femmes, infirmières spécialisées, infirmières, aides-soignantes et ASH). Mais, dans les 10 pays européens participants à l'enquête, ces points rassemblent les principales raisons de satisfaction et d'insatisfaction au travail.

En France, l'ordre d'importance, pour l'ensemble des catégories du personnel soignant, est le suivant :

- le soutien psychologique au travail (66,1 %) ;
- le temps de chevauchement pour les transmissions (56,5 %) ;
- les conditions physiques de travail (52 %) ;
- le salaire par rapport aux besoins financiers (44,1 %) ;
- la possibilité de donner des soins adéquats (40,2 %) ;
- l'utilisation des compétences (37 %) ;
- les perspectives professionnelles (27,9 %).

Ces raisons de l'insatisfaction dans l'exercice du métier de soignant s'inscrivent dans un contexte qui est celui de la *« fierté du métier »*. En effet, 86,9 % des infirmières[29] déclarent être fières d'exercer leur métier. Ce point est important et doit être mis en relation avec le fait que les raisons d'insatisfaction ne sont pas des raisons liées à l'exercice individuel du métier et à la relation soignant/soigné dans sa dimension inter-individuelle mais au contexte collectif ou social comme en témoignent la question du soutien psychologique au travail et celle du temps de chevauchement pour les transmissions qui doivent être mises en relation avec la préoccupation de donner des soins adéquats. La conscience est forte que la qualité des soins individuellement prodigués engage la qualité de la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient en même temps qu'elle est engagée par elle. De fait, la notion de travail d'équipe est prégnante et permet de comprendre le rôle fondamental du soutien psychologique. Celui-ci ne doit pas s'entendre principalement dans les termes d'un soutien

[29] Ibid, p. 34

individuel mais du soutien que représente un collectif de travail dont l'organisation et les relations permettent d'utiliser au mieux et de développer les compétences individuelles et collectives en vue d'une prise en charge globale du patient qui soit satisfaisante aussi bien pour le patient que pour l'équipe soignante.

2.3.3. Le soutien psychologique

Le soutien psychologique est la principale ressource qui permet de faire face à la charge émotionnelle, aux difficultés engendrées par des questions éthiques ou à la confrontation à des situations de violences. Or, plus de la moitié des infirmières, 70,9%[30], déclarent une insatisfaction concernant ce soutien psychologique. Il nous semble donc important de préciser la nature du soutien psychologique, en particulier son lien avec le travail d'équipe, afin de mesurer l'enjeu qu'il peut représenter dans le cadre de la prévention de l'épuisement professionnel. Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur la description qu'en font les auteurs de l'enquête PRESST-NEXT :

> *Le travail d'équipe passe par la construction d'un collectif de travail soudé, stable et pouvant intégrer le personnel récemment affecté. Des temps d'échange sont indispensables pour établir des liens autour d'objectifs communs, et conforter l'identité professionnelle. Ils permettent de mieux contrôler le stress lié à la charge de travail, dans un contexte d'innovation et de développement de compétences spécifiques. La qualité d'une organisation dépend, pour une large part, de son infrastructure sociale. Or cette infrastructure dépend avant tout des personnes qui y participent, de leurs qualités comme partenaires et collègues, impliqués dans des interactions sociales, et de leurs possibilités d'échanger du soutien. Le succès du réseau social dépend de la capacité des salariés à échanger et à mettre en pratique des informations pertinentes, en particulier lors de changements technologiques rapides ou lors des réorganisations. Pour permettre l'épanouissement des salariés, les réseaux doivent agir vers un but commun et créer des environnements d'apprentissage interactif, à travers une « communauté de pratiques » à double sens : chacun apprend des autres et leur transmet ses connaissances. Ce réseau est une part du capital social de chacun. Il crée des ressources (informations, influence, solidarité) dont chacun peut disposer du fait de sa position dans ce groupe. Les soignants sont exposés aux émotions, au stress, à des contraintes professionnelles diverses et à une forte incertitude. Le besoin de parler avec des collègues et des responsables proches est*

[30] Ibid., p.35

fortement apparent. Lors des situations de stress, l'équipe et les collègues sont la plus importante source de soutien.[31]

Le soutien psychologique n'est pas une donnée, c'est le produit d'interactions sociales dans le cadre d'un travail d'équipe. Il se construit à travers l'activité d'un *« collectif de travail soudé »* autour d'objectifs communs et il constitue *« le capital social de chacun »*. Ainsi, le soutien psychologique se définit en termes d'échanges dont l'expression la plus achevée est l'idée de *« communauté de pratiques »* où *« chacun apprend des autres et leur transmet des connaissances »*. Le lien ainsi établi entre *« soutien psychologique »* et *« environnements d'apprentissage interactif »* permet de concevoir le soutien psychologique davantage sous la forme d'une praxis que sous celle d'un idéal moral. Dès lors, le soutien psychologique apparaît comme une compétence collective qui participe à l'organisation et à la qualité du travail et donc, à la prise en charge du patient. C'est par ce caractère opératoire qu'il peut à la fois favoriser l'accueil des nouveaux venus dans l'équipe, permettre un meilleur contrôle du stress lié à la charge de travail, *« conforter l'identité professionnelle »* et contribuer à l'*« épanouissement »* de chacun. Il s'agit d'une vision concrète et opérante du soutien psychologique.

3.Problématique et hypothèses

3.1. Les intentions

Notre travail de recherche est exploratoire. Notre objectif n'est pas d'établir une vérité ou l'objectivité d'un constat mais de vérifier la pertinence d'un usage de l'ingénierie de formation dans le cadre de la prévention de l'épuisement professionnel.

Ces enjeux reposent sur un présupposé qui est une orientation assumée : le développement des compétences professionnelles participe au bien être au travail.

3.2. La problématique

[31] Ibid., p. 10

D’une part, les définitions générales du burn out mettent l’accent sur la charge émotionnelle comme point de départ du processus de l’épuisement professionnel. D’autre part, dans le cadre de la construction sociale du burn out comme catégorie de perception de la réalité dans le domaine du soin en milieu infirmier, focalisation est faite sur la relation soignant/soigné comme principal facteur explicatif de l’épuisement professionnel. Ainsi, il est induit qu’une gestion non adéquate de la charge émotionnelle dont est porteuse la relation soignant/soigné serait à l’origine de l’épuisement professionnel. Or, dans l’enquête PRESST-NEXT, il apparaît que le pourcentage le plus élevé des raisons de l’insatisfaction au travail est celui obtenu par le soutien psychologique au travail. Ainsi, nous pouvons émettre l’hypothèse que la relation soignant/soignant est un élément aussi important dans le processus de l’épuisement professionnel que la charge émotionnelle inhérente à la relation soignant/soigné. Si cette hypothèse est vérifiée, alors la prévention de l’épuisement professionnel ne serait pas réductible à la question de la distance professionnelle dans la relation soignant/soigné, elle ne serait pas non plus réductible à la gestion du stress en général et, en particulier, dans le cadre de cette relation, mais l’importance de la relation soignant/soignant ouvrirait un espace de prévention dont l’objet pourrait être le soutien psychologique sous la forme du développement de la collaboration dans le travail. C’est dans ce cadre que l’ingénierie de formation serait susceptible de contribuer à la prévention de l’épuisement professionnel.

3.3. Les hypothèses

3.3.1. Première hypothèse

Notre première hypothèse vise à désengager la représentation du processus d’épuisement professionnel de l’orientation psychologique et affective qui consiste à mettre en avant la charge émotionnelle du travail infirmier que la bonne distance professionnelle serait sensée neutraliser. Nous la formulons comme suit :

La relation soignant/soigné n’est pas un facteur explicatif unique du processus d’épuisement professionnel.

3.3.2. Deuxième hypothèse

L'objectif de notre deuxième hypothèse est de souligner l'importance des relations de travail et comment celles-ci participent à l'équilibre et à l'investissement de chacun dans le cadre de l'activité professionnelle quotidienne dont elles sont structurantes :

La relation soignant/soignant est un facteur majeur du processus d'épuisement professionnel.

4. Exploitation des entretiens

4.1. Choix méthodologiques

Le caractère exploratoire de notre recherche a impliqué le choix d'une méthodologie qualitative. Nous avons réalisé dix entretiens d'une durée variant entre quarante-cinq minutes et une heure.

4.1.1. Le panel

Partant du point de vue que toute personne est susceptible d'être confrontée à l'épuisement professionnel, nous ne souhaitions pas sélectionner un panel de personnes ayant vécus de fortes périodes de stress ou d'épuisement professionnel. Les seuls critères retenus ont été les suivants :

- Avoir le diplôme d'Etat ;
- Exercer le métier d'infirmière au sein d'une structure hospitalière depuis au moins 2 ans.

Cependant nous avons veillé à avoir une variété au niveau de l'âge, du sexe, et de l'expérience professionnelle afin d'une part d'observer les différences de points de vue pouvant être liées à ces variables, d'autre part, de souligner les visions communes transcendant la variété des situations et des spécificités individuelles.

4.1.2. Le guide d'entretien[32]

[32] Annexe 2, p . 94.

Le thème de l'épuisement professionnel dans le domaine du soin est un thème sensible aussi bien sur le plan social et institutionnel que sur le plan individuel. En fonction du positionnement institutionnel, des expériences professionnelles, des histoires de vie et de la personnalité de chacun, l'acteur qui existe en chacun de nous était susceptible d'affecter de nombreux propos, voire de revendiquer aussi bien à l'insu de l'interviewé que de l'intervieweur toute la scène de l'entretien. Il nous semblait fondamental que l'actant prenne la parole et, pour ce faire, nous avons fait le choix, d'une part d'un guide d'entretien dont les questions débordent le champ circonscrit par nos deux hypothèses, d'autre part d'une certaine liberté dans la conduite de l'entretien en le concevant comme un mixte de questionnaire ouvert et d'entretien semi-directif. Nous avons tenté de faire nôtres les propos suivants de Pierre Bourdieu :

> *(...) toutes sortes de distorsions sont inscrites dans la structure même de la relation d'enquête. Ces distorsions, il s'agit de les connaître et de les maîtriser ; et cela dans l'accomplissement même d'une pratique qui peut être réfléchie et méthodique, sans être l'application d'une méthode ou la mise en œuvre d'une réflexion théorique*.[33]

C'est à cette pratique de l'entretien *« réfléchie et méthodique »* que nous nous sommes essayé. Pour ce faire, il nous a semblé indispensable de prendre le temps d'une imprégnation réfléchie du milieu professionnel infirmier à travers de nombreuses discussions informelles avec des professionnels du soin en amont de nos entretiens, mais aussi à travers la lecture d'ouvrages, de rapports de missions ministériels et de différentes revues professionnelles. La confrontation des points de vue émanant de ces différentes sources d'information nous a été précieuse : elle nous a permis de cultiver en nous un espace de préoccupations et de compréhension empathique qui devaient nous permettre de disposer du minimum de langage commun nécessaire à l'établissement d'une relation d'enquête qui soit une relation de confiance et d'écoute attentive dans le but de favoriser l'objectivation.

4.1.3. Transcription des entretiens et analyse

[33] BOURDIEU Pierre (sous la direction de), *Toute la Misère du monde*, Editions du Seuil, Paris VI, 1993, p. 904.

Nous avons procédé à des entretiens enregistrés. Que le choix de transcription soit celui d'une écriture littérale ou celui du parti pris de faciliter la lecture en allégeant le texte des tics de langages, *« transcrire, c'est nécessairement écrire, au sens de ré-écrire »*[34]. De ce point de vue, le travail d'analyse des entretiens commence dès leur transcription.

La matière des entretiens effectués est dense et il nous est apparu davantage approprié de procéder à une analyse textuelle plutôt qu'à une analyse de contenu formalisée ou à une standardisation de la procédure d'analyse de nos entretiens.

Cependant, nous avons utilisé systématiquement la même trame d'analyse pour chaque entretien :

- Une présentation sommaire de l'interviewé ;
- Le relevé des satisfactions dans l'exercice de l'activité professionnelle ;
- Le relevé des difficultés et de ce qui est considéré comme pénible dans le travail ;
- La distinction entre les réponses formulées spontanément à la question « Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ? » et les réponses suscitées par d'autres questions au cours de l'entretien ;
- Le relevé de tout ce qui établit un lien entre le travail en équipe, plus généralement la relation soignant/soignant, et l'épuisement professionnel ;
- Le relevé de tous les éléments n'entrant pas dans le cadre strict de la vérification de nos hypothèses, mais en rapport étroit avec la question de l'épuisement professionnel.

4.2. Vérification des hypothèses

4. Analyse des entretiens

Analyse 1

Madame A est à un moment important de sa carrière : après 22 ans d'exercice professionnel en structure hospitalière, elle est en cours de formation pour devenir cadre de

[34] Ibid., p. 921.

santé. Dans le contexte hospitalier de pénurie de cadres de santé infirmier, elle a fait fonction de cadre sans avoir la reconnaissance qu'apporte le diplôme. Elle a pris la décision de tenter le concours de recrutement de l'école des cadres infirmiers suite à une nécessaire remise en question provoquée par un épuisement physique dû au rythme de vie décalé imposé par un travail de nuit durant près de sept années. Elle s'est dit : *« Stop, là, il faut que j'arrête. Je ne peux pas continuer comme ça, il va falloir que je fasse quelque chose »*.

Son expérience est diversifiée puisqu'elle a travaillé dans des services de médecine et de chirurgie, mais elle souligne une expérience de treize années en gériatrie qui apparaît aux yeux de ses collègues comme plutôt exceptionnelle : *« (…) j'avais des collègues qui me disaient « Mais attends, tu n'en as pas marre d'être avec des déments, des gens qui crient toute la nuit, qui n'arrêtent pas d'uriner, de faire des saletés, tout ça ? ». Mais, je dis non parce que, professionnellement, je n'étais pas fatigué de ça »*.

Dans le travail, elle souligne l'importance, d'une part *« des soins relationnels »* qu'elle met en lien avec son expérience en gériatrie où l' *« on passe beaucoup par le relationnel pour expliquer, mais aussi pour faire participer les patients aux activités de soins »*, et d'autre part *« le travail en équipe »* qui apparaît comme une des raisons du choix de travailler dans un hôpital qui est *« par définition, le milieu où il faut travailler ensemble »*.

Quand la question de l'épuisement professionnel est abordé de façon directe, ce qui est évoqué en premier est la charge de travail physique répartie différemment en fonction des catégories professionnelles, et variable en fonction des services et du degré d'autonomie des patients.

Dans un second temps, sont mentionnés la charge émotionnelle due au contact quotidien avec la maladie et la mort, et le sentiment d'une « impuissance face aux choses » qui peut être vécue comme une remise en cause professionnelle :

> *En tant que soignant, on est là pour soigner les gens et faire du bien aux gens, si l'issue fatale c'est le décès ou une sortie qui est mal organisée ou le patient qui est toujours douloureux, on se dit qu'on n'a pas su prendre en considération ses attentes, ses besoins. On n'est pas satisfait et moralement ou mentalement, on s'épuise parce qu'on on se dit qu'effectivement notre rôle c'est de soigner, mais que l'on ne le fait pas efficacement »*.

Cependant cette remise en cause professionnelle est relativisée : *« (…) il faut positiver et se dire que le peu qu'on amène, c'est toujours ça. Je pense que ça, c'est une bonne façon de se valoriser aussi quelque part »*.

Enfin, est souligné l'importance de *« tout l'entourage et tout le contexte environnemental »* qui sont ramenés aux conditions de travail et aux horaires qui contraignent la vie de famille.

Ces causes de l'épuisement professionnel évoquées au moment où le thème est abordé directement par l'intervieweur contraste avec le mot de la fin de l'entretien où A revient spontanément sur la question :

> *Aujourd'hui, on demande plus, avec de moins en moins de monde. Il faut se perfectionner de plus en plus, être à la pointe de l'outil informatique, des transmissions, des modes de communication qui sont un peu nouveau. C'est aussi à soi, personnellement, de s'investir pour suivre les changements. Parce que, après, on peut avoir des raisons d'être épuisé. C'est ça que je veux dire : tout dépend de comment on s'investit. Voilà*

Ainsi, il y aurait des causes objectives mais surtout une responsabilité individuelle consistant à se donner les moyens de s'adapter aux évolutions et changements de la profession. Cette idée de l'investissement personnel jalonne tout l'entretien dans une relation étroite à la notion de travail en équipe. S'investir personnellement, c'est construire une relation aux autres. Ainsi, la relation soignant/soignant qui n'est pas évoquée lorsque la question de l'épuisement professionnel est directement posée, surgit de façon implicite sous la forme d'un investissement professionnel posé comme une responsabilité individuelle dont l'exercice permettrait de se prémunir *« des raisons d'être épuisé »*.

Analyse 2

B est infirmier en structure hospitalière depuis quatre ans. Après avoir commencé sa carrière aux urgences, il travaille actuellement, de nuit, dans un service de chirurgie. Il n'est pas infirmier de bloc opératoire, son intervention se situe avant et après le bloc opératoire. Le

traitement de la douleur chez les patients est présenté comme *« le souci principal »* dans le cadre de sa mission.

Ce qui lui est le plus difficile à vivre au travail ce sont les décès brutaux qui ne laissent pas le temps de se préparer et qui sont incompréhensibles tant pour les infirmiers que pour les médecins. Mais cette difficulté et les difficultés en général sont prises en charge par l'équipe : *« Dans mon service, on est une équipe assez soudée. Dès que l'on a des soucis, aussitôt, on en parle entre nous (…). Il y a eu des mois difficiles où il y a eu pas mal de décès, on en a parlé entre nous, il n'y avait pas besoin de faire appel à un psychologue »*.

L'équipe et le travail en équipe est pour B très important : *« Comme je dis, moi, le travail c'est un tout, il y a le travail en lui-même et il y a l'équipe »*. C'est une expérience négative du travail en équipe qui l'a amené à renoncer à poursuivre sa carrière aux urgences alors que c'était une spécialité qu'il avait choisi : *« J'ai été aux urgences pendant deux ans, mais je me suis lassé parce qu'au niveau technique l'équipe n'était pas bien, il y avait une mauvaise ambiance, et tout de suite ça ne donne plus envie, ça ne motive plus pour notre spécialité »*. A contrario, c'est une expérience positive du travail en équipe qui lui fait *« aimer la spécialité »* dans laquelle il exerce actuellement.

Dans la suite de l'entretien, lorsque le thème de l'épuisement professionnel sera abordé, B reviendra sur sa période aux urgences pour établir un lien explicite entre expérience négative du travail en équipe et usure professionnelle. Ce qui est une façon de souligner que, débordant le cadre de la motivation ou de la démotivation, l'enjeu de la qualité du travail en équipe est potentiellement celui d'une rupture de l'implication personnel au travail.

Le premier point évoqué, lorsque la question de l'épuisement professionnel est abordée, est la charge de travail dans le contexte des situations de sous-effectif. B fait référence à sa situation actuelle où il doit assumer le travail de deux infirmiers, à savoir, vingt lits au lieu de dix en temps normal. La conséquence de cette surcharge de travail, outre la course contre la montre pour voir chaque patient dans un délai de temps raisonnable (avant minuit) afin de retourner, à partir de minuit auprès des patients qui le nécessitent, c'est le défaut de temps pour discuter, alors que la nuit est un moment privilégié d'échange ressenti comme tel par les patients :

Le soir, le patient prend plus de temps pour discuter avec nous. La nuit, on parle de ce qui c'est passé dans la journée. Mais quand on est tout seul pour vingt malades, on n'a plus le temps. On voudrait bien, mais le dernier patient, quand à minuit il n'a toujours pas vu d'infirmier alors que c'est le premier tour, il s'inquiète. Alors nous, on est là, « Excusez-nous, mais je suis tout seul ». Voilà. On l'a déjà relaté, mais on souffre de sous-effectif et malheureusement on doit faire avec. On a une conscience professionnelle, alors on le fait. Mais, il faut que ça ne dure qu'un temps. Quand c'est de temps en temps, on comprend, ils sont en galère de personnel. Mais, il ne faut pas que ça dure des mois et des mois.

Le deuxième aspect évoqué est le *« type de patient »* : *« […] il y a des spécialités où moi je n'irai jamais travailler. Des spécialités que, psychologiquement, je ne pourrai pas assumer. Par exemple, la gériatrie ou la psychiatrie, les maladies chroniques ou ce genre de choses, c'est des choses que je ne pourrai pas faire sur du long terme »*. Ce qui est enjeu ici est la charge émotionnelle dans la relation soignant/soigné, mais, elle n'est pas évoquée dans les termes d'une difficulté à laquelle il serait confronté sinon dans ceux d'une difficulté contre laquelle il faut savoir se prémunir par un choix professionnel, celui d'exercer dans des services où l'on est en mesure d'assumer les pathologies rencontrées et les situations auxquelles le soignant doit faire face. Cependant, la charge émotionnelle, inhérente à la relation soignant/soigné, est toujours présente quels que soient les services dans lesquels le soignant exerce et, de ce point de vue, est souligné la nécessaire distance professionnelle qui se construit avec l'expérience dans un rapport peut-être ambiguë avec l'habitude :

(…) c'est clair qu'il faut vraiment avoir du recul. Il faut savoir fermer la porte dans notre métier. Même si on s'implique dans notre travail, il faut garder une certaine distance quand même, une distance thérapeutique, parce sinon, on pète un boulon, c'est impossible de durer. Mais, enfin, on s'y habitue avec l'expérience.

Les conséquences de l'épuisement professionnel sur la prise en charge des patients sont mentionnées en référence à son expérience négative du travail en équipe lors de sa pratique professionnelle aux urgences :

(…) l'épuisement professionnel peut se répercuter sur une mauvaise prise en charge du patient. Par exemple, quand j'étais aux urgences, ce n'était pas mon travail en soi, mais c'était l'équipe, et ça se répercutait sur la prise en charge des patients. Il y avait vraiment un malaise dans le service. C'était vraiment n'importe quoi et je n'ai pas attendu comme certaines d'être vraiment usé pour partir. J'ai préféré partir avant. Je vois des collègues qui

sont complètement usées professionnellement et on voit que ça se répercute : elles sont moins patientes et je sais que je ne voudrai pas être comme ça.

A travers les propos de B il apparaît que si la charge émotionnelle inscrite dans la relation soignant/soigné est une difficulté à laquelle est confrontée de façon permanente le soignant, la qualité des relations soignant/soignant qui s'exprime dans le travail en équipe est une ressource qui détermine, au-delà de la motivation, l'implication professionnelle et le plaisir à exercer son métier.

Analyse 3

C. a 26 ans. Il est infirmier depuis trois ans. Après une première affectation aux urgences, il travaille depuis deux ans dans un service de réanimation. Les patients accueillis dans son service exigent une surveillance et des soins intensifs. Il travaille de jour ou de nuit sur des tranches horaires d'une amplitude de douze heures. Chaque infirmier prend en charge deux ou trois patients qu'il « ne *lâche pas* ».

Ce qui lui apporte le plus de satisfaction dans son travail, c'est de sauver des vies quand des grands blessés arrivent directement dans le service de réanimation sans passer par les urgences. C'est aussi *« quand tout simplement dans l'hospitalisation, ça avance »*. A l'inverse ce qui est difficile à vivre, c'est *« les patients qu'on va perdre ou ceux qui stagnent dans l'hospitalisation »*. Dans le cadre de ces situations où l'état des patients ne progresse pas, un système de *« turn-over »* a été mis en place: *« Quand on en a assez, on en parle entre collègues, on passe la main, c'est un autre collègue qui va prendre en charge le patient. Mais, c'est frustrant, complètement. »*.

Ce système de turn-over met en évidence l'importance de l'entente au sein de l'équipe. De fait, pour C, s'il n'y a pas un collectif de travail soudé *« surtout à l'hôpital, ça ne marche pas »*. C'est important au niveau de l'ambiance et du sentiment que l'on peut compter sur les autres, sur l'entraide, en particulier par rapport à la crainte des erreurs, notamment, pour les nouveaux arrivants dans le service.

Dans la suite de l'entretien C établit un lien entre le travail en équipe et la prévention de l'épuisement professionnel. En effet, quand on lui demande si l'épuisement professionnel a été abordé au cours de sa formation en IFSI, il répond :

> *Pas spécialement, mais je dirai quand même indirectement, dans la mesure où on nous inculque beaucoup l'esprit d'équipe et le fait de passer la main à un collègue. […] Peut-être qu'il s'agit de favoriser les échanges entre collègues pour pallier à cet épuisement professionnel, plutôt que d'avoir des aides ou des idées ou des plans à mettre en place venant de l'extérieur du service.*

Pour C l'épuisement professionnel est *« à la fois physique et moral »*, mais la dimension physique lui apparaît la plus immédiatement évidente, la plus prégnante ou perceptible au quotidien : *« Douze heures intensives, tu as les pattes cassées à la fin. C'est surtout ça. »*.

La prise en compte de la dimension morale de l'épuisement professionnel est complexe. De son point de vue, le professionnel qui fait le choix de travailler en réanimation, est moralement prêt à s'investir auprès de *« cas très lourds »*. Cependant, la charge émotionnelle est nécessairement présente, car prendre en charge un patient c'est *« tout simplement un rapport humain »* et *« le patient nous renvoie des choses »*. Finalement, la charge émotionnelle ou le *« côté affectif »* seraient des facteurs d'épuisement professionnel sur le long terme dans le cas de situations émotionnellement lourdes qui se répèteraient :

> *Moi personnellement, j'ai eu un cas, un cas très important, quelqu'un qui avait été physiquement frappé et qui était vraiment dans un sale état. Par rapport à ça, beaucoup de membres de l'équipe ont été affectés. Et ça, peut-être que si c'est redondant ça peut aussi rentrer dans un cadre d'épuisement professionnel.*

La charge émotionnelle se révèle être un facteur d'épuisement professionnel davantage prégnant lorsqu'elle est associée à un sentiment d'échec dans les circonstances où tenter de sauver une vie est un défi qui engage toute la personne du soignant tant physiquement que moralement :

Un grand blessé qui arrive on va se battre pendant deux ou trois heures pour le réanimer et on le perd. Bien sûr, il y a une déception et ça peut nous affecter suivant les cas. Mais, je pense qu'on a quand même des prédispositions pour aller dans ce genre de service.

Au cours de l'entretien la notion d'autonomie du travail infirmier est abordée, notamment la mise en place de protocoles permettant aux infirmiers de réaliser certaines interventions de leur propre chef alors que traditionnellement la décision de ces interventions relève de la prescription médicale. Ce gain de responsabilité par le biais de la mise en place de protocoles est perçu par C comme un élément de reconnaissance et de développement des compétences. A la fin de l'entretien, lorsqu'il lui est demandé s'il souhaite revenir sur un point particulier, il établit un rapport, à propos de la notion de protocole, entre autonomie, satisfaction au travail et prévention de l'épuisement professionnel :

(…) je n'y avais pas pensé avant en fait, mais je pense que le protocole c'est un outil, un super outil pour augmenter l'autonomie de l'infirmier, sa satisfaction et au-delà peut-être diminuer indirectement l'épuisement professionnel.

Analyse 4

D, quarante-cinq ans, diplômée depuis 1983, a toujours travaillée en structure hospitalière. Elle a l'expérience de différents établissements et services. Pendant de nombreuses années, elle a travaillé dans des services comme la réanimation qui demandent beaucoup de soins techniques. Actuellement, elle travaille en pneumologie et en néphrologie où les séjours sont plus longs et *« où on peut avoir un suivi, des contacts approfondis »*.

Ce qui lui a toujours apporté le plus de satisfaction dans son travail, c'est le côté relationnel. Elle souligne que dans les soins, elle aime prendre son temps *« pour bien faire les choses »* y voyant une source de difficulté dans le contexte actuel d' *« une charge de travail croissante qui est de plus en plus diversifiée, de plus en plus informatisée et administrative »*.

La contrainte exercée sur la gestion du temps par l'accroissement de la charge de travail est la principale source d'insatisfaction à laquelle peut s'ajouter le *« manque de rigueur dans des prescriptions* » et les différences de niveau d'exigence. Quant à la pénibilité du travail, elle est pour elle essentiellement due à la charge physique que représente un nombre

croissant de patients de plus en plus dépendants et aux débordements d'horaires qui ne sont pas ressentis de la même façon à vingt-cinq et à quarante-cinq ans.

Quand on aborde la question de l'épuisement professionnel, elle met d'abord en avant les conséquences qu'elle a pu observer : *« un désintérêt à l'égard du boulot »*, le fait de *« faire les choses un peu moins bien, avec moins de conscience professionnelle »*, *« ne pas parler de la même manière au patient, se refermer vis-à-vis de ses collègues »*, ne plus être intéressé par les formations. Il y aurait ainsi un premier stade, une succession progressive d'effets *« ça glisse un petit peu, comme ça, doucettement »* jusqu'au moment où *« les plombs peuvent péter, ça peut être la dépression »*.

La charge émotionnelle dans la relation soignant/soigné ne serait pas un facteur primaire déterminant, mais davantage un facteur secondaire qui sanctionnerait et précipiterait l'épuisement professionnel. Elle considère la gestion de la charge émotionnelle comme une composante du métier d'infirmier qui devient difficile à assumer lorsque l'environnement du travail est insatisfaisant :

> *(...) quand il y a une bonne équipe, même si par moment c'est difficile, qu'il y a des situations qui nous affectent plus que d'autres, on gère ensemble, on échange, on n'est pas seul. Ça devient difficile quand, à côté, ça ne va pas, quand on n'a pas le temps de faire les choses, quand il y a des tensions dans le travail, tout ça peut se répercuter sur la relation au patient, ça devient difficile de gérer la relation.*

Ainsi, la relation soignant/soignant apparaît comme un élément pouvant, sinon être déclencheur, du moins créer les conditions d'un processus d'épuisement professionnel. Cette importance attribuée aux relations de travail et à la qualité de la coopération dans le travail est à mettre en relation avec son intérêt pour le travail en équipe : *« Moi, j'ai toujours travaillé en équipe, je n'ai jamais travaillé seule. C'est pour cela d'ailleurs que je ne voulais pas faire de soins à domicile ou ce genre de choses parce que j'aime le travail d'équipe »*.

Au cours de l'entretien, elle relate le travail coopératif pour préparer la sortie de patients qui devront user d'appareillage à domicile ou d'un traitement spécifique nécessitant une éducation thérapeutique. Elle souligne comment ce travail en collaboration est une source de satisfaction à la fois pour les patients et pour le personnel soignant.

Analyse 5

E est infirmière diplômée d'Etat depuis 1976. Après trente-trois années d'exercice du métier d'infirmière, elle est à une année d'une retraite qu'elle n'envisage pas pour le moment. Elle a travaillé essentiellement en neurologie, puis dans des services de maladies infectieuses. Depuis 1988, elle exerce en hôpital de jours où 80 % des personnes accueillies sont séropositives. Elles est donc spécialisée dans la prise en charge et l'accompagnement des patients porteurs du virus HIV.

Les personnes qui fréquentent l'hôpital de jour ont généralement des pathologies chroniques lourdes. Avec certains patients qui viennent régulièrement, les liens s'établissent sur de nombreuses années, tel ce patient qui l'appelle « mon p'tit colibri » et qu'elle connaît depuis vingt-cinq ans.

Les éléments de satisfaction dans le travail qu'elle mentionne sont, d'une part, le respect que les patients lui témoignent et surtout « leur gentillesse », d'autre part les patients situations où les patients retrouvent une vie sociale et professionnelle et lorsqu'ils viennent avec le sourire alors que ce n'est pas évident de fréquenter régulièrement un hôpital de jour qui vous renvoie l'image de votre pathologie chronique.

Les éléments d'insatisfaction ou de pénibilité du travail exprimés sont, d'une part, les marques observées de l'évolution de la maladie lorsque l'état des patients se dégrade physiquement, mais aussi, parfois, sur le plan psychique, et, d'autre part, la confrontation avec les décès des patients, la conscience des souffrances de l'entourage, notamment des enfants quand ce sont *« des mamans qui disparaissent »*.

Les éléments de satisfaction et d'insatisfaction s'inscrivent tous dans le cadre de la relation soignant/soigné, mais ce n'est pas la problématique de cette relation qui est mise en avant lorsque le thème de l'épuisement professionnel est directement abordé.

Ce qui est repéré comme facteur d'épuisement professionnel, c'est l'environnement de travail, en particulier, les horaires et l'absence de reconnaissance de la part de la hiérarchie, le sentiment d'être *« des pions sur un échiquier »*. Ce n'est que dans un second temps, lorsque la question de la charge émotionnelle comme facteur de l'épuisement professionnel est posée, que la relation soignant/soigné est prise en compte comme cause

éventuelle et dans un cadre limité, celui où la distance professionnelle ne serait pas suffisamment élaborée. Cependant, la difficulté liée à la charge émotionnelle n'est pas perçue comme une raison de l'abandon de la profession. C'est davantage du côté de la difficulté de concilier les contraintes de la vie professionnelle et de la vie familiale qu'il faudrait chercher les causes de démission. Cette conciliation est perçue comme étant d'autant plus difficile que la conscience professionnelle de l'infirmière la conduit à penser qu'elle n'a pas *« le droit de s'arrêter »*. Malgré tout, est constaté un nombre croissant d'arrêt de travail dont la raison serait la charge de travail accrue par manque de personnel :

> *(...) il y a un manque de personnel et par manque de personnel, on s'épuise. On ne peut pas demander à une infirmière de travailler à deux cents à l'heure. On a l'impression d'être montées sur pile. Et il y a un moment où la pile, elle explose*.

Le fait de ne pas considérer la charge émotionnelle comme facteur d'épuisement professionnel n'est pas un déni du contenu affectif de la relation soignant/soigné et des difficultés de gestion de cette relation, mais c'est le point de vue d'une infirmière expérimentée qui a construit sa propre distance professionnelle à travers son expérience, en faisant des choix, et pour laquelle cette charge émotionnelle est une composante parmi d'autres de la réalité du métie :

> *Si on s'investit trop auprès d'un patient, si on devient trop affectif, s'il y a trop de sentiment, malheureusement un jour il se passe quelque chose, alors on craque, on ne peut pas. On ne peut pas faire toute une carrière d'infirmière si pour chaque malade on va pleurer. Bien sûr que c'est grave, mais ce n'est pas en se disant « c'est grave, c'est grave, c'est grave », c'est pas comme ça qu'on avance. Bien sûr, c'est dur, on sait que l'on fait un métier dur, on sait qu'on a des malades qui malheureusement vont mourir, on n'est pas sur le marché, on ne vend pas des carottes. […] Et je crois que c'est quand on est jeune que c'est difficile, parce que c'est au fil des années qu'on apprend tout ça. C'est l'expérience qui va faire qu'on va savoir se mettre en retrait quand il faut se mettre en retrait, s'avancer quand il faut* s'avancer.

Le contexte de l'hôpital de jour et la situation de grande précarité du public accueilli font que le travail en équipe se présente davantage sous la forme d'un partenariat dont les frontières débordent l'enceinte de l'hôpital :

> *(...) comme on est confronté à cette grande population, de grande précarité, ça nous donne du point de vue social un travail énorme, et il faut articuler tous les partenaires pour prendre en charge les patients. Du point de vue médical, le médecin, l'infirmière, vont assurer les soins, mais il faut mettre à côté une aide avec l'assistante sociale, la*

psychologue, la psychiatrie parfois, des associations pour prendre en charge les patients séropositifs.

Mais ce travail en collaboration est d'autant plus important qu'il permet de mieux répondre aux attentes des patients et d'avoir ainsi le sentiment d'un travail correctement accompli :

On ne peut pas travailler tout seul . Il faut travailler avec tous les partenaires qui existent, aussi bien quand les gens sont en-dehors de l'hôpital, en ville, les infirmières libérales, les structures d'accueil et les partenaires sociaux, tout, tout, pour que ça se passe le mieux possible.

Analyse 6

F est une jeune diplômée exerçant depuis deux ans. Elle fait des remplacements en clinique. Actuellement, elle travaille de nuit en chirurgie et dans un service de soins palliatifs. Les difficultés liées à la confrontation à la mort et à la gestion de la charge émotionnelle dans la relation aux patients et à leurs familles la conduisent à envisager une réorientation professionnelle.

Les satisfactions au travail mentionnées sont toutes relatives à l'état du patient. Concernant les aspects difficiles ou pénibles du travail, sont soulignées les situations de décès, notamment, la nuit lorsqu'elle se retrouve seule à devoir gérer la relation avec les familles. Est relevé le sentiment d'impuissance, lorsqu'elle ne parvient pas à apaiser les douleurs des patients. Ces situations sont considérées comme des échecs. La charge administrative de travail et la rédactions sous de multiples formes de transmissions écrites sont soulignées comme des aspects énervants du fait de la perte de temps qu'elles occasionnent.

L'épuisement professionnel est dans un premier temps évoqué dans les termes d'une situation produite par une charge de travail que l'on ne parvient plus à gérer : *« Pour moi l'épuisement professionnel, c'est quand on en arrive là, quand on se dit que l'on y arrive plus, parce l'on arrive plus à tout gérer »*. Cet aspect sera au cours de l'entretien de nouveau souligné en référence au manque de personnel :

> *Nous, on manque de personnel la nuit, il n'y a pas assez de personnel le jour, donc on est obligé de pallier au travail qui n'est pas fait par d'autres. Donc, forcément, si le physique en prend un coup, le moral en prend un coup et on arrive sur l'épuisement professionnel.*

Elle décrit les comportements constatés de collègues de travail en situation d'épuisement professionnel : *« (...) des personnes qui n'on plus envie de venir, qui traînent des pieds, qui prennent des pauses de deux heures parce qu'elles ne vont plus, elles n'ont plus envie d'aller dans les chambres et elles sont vraiment très nonchalantes. Parce qu'elles n'en peuvent plus »* mais aussi les conséquences observées sur la relation au patient : *« Avec les patients, c'est assez bizarre parce qu'il n'y a plus de relation. C'est à peine « bonjour », à peine « au revoir ». Finalement le patient est là, mais on va faire complètement autre chose et je pense que l'on ne remarque même plus ni le visage, ni le nom de la personne. C'est assez bizarre ».*

F précise que ces observations, elle les a surtout faites durant ses trois années de formations *« parce que devant ses collègues, on va plus jouer un jeu, devant des étudiantes on ne va pas trop se cacher ».*

Les relations de travail au sein de l'équipe sont considérés comme jouant un rôle important dans la problématique de l'épuisement professionnel. Un rôle aussi bien positif que négatif :

> *(...) je crois que ce qui sauve dans ces cas là ce sont les collègues, mais après faut que ça se passe bien dans l'équipe. Parce que si ça se passe mal avec l'équipe, c'est plutôt, y a pas de relation avec l'équipe quoi. Mais le problème c'est, je pense aussi que dans l'épuisement professionnel le facteur équipe il y est pour quelque chose. Parce qu'il y a beaucoup de conflits, ça, on ne doit pas le cacher, dans les services ça grouille de conflits.*

Lorsque nous évoquons la charge émotionnelle dans la relation soignant/soigné comme facteur possible d'épuisement professionnel, elle fait part de sa propre difficulté à gérer les situations de décès. Cette difficulté l'a amené à envisager sa démission en fin de troisième année de formation et, aujourd'hui, la conduit à se réorienter professionnellement. En fait, la charge émotionnelle inscrite dans la relation soignant/soigné ne l'épuise pas aujourd'hui, mais la confronte à un choix, celui de continuer dans la profession ou de se réorienter. C'est d'ailleurs sur le mode de la plaisanterie qu'elle évoque à son propos un *« épuisement professionnel précoce ».*

En répondant à la question sur l'évocation de l'épuisement professionnel durant ses années de formation, elle met en cause le décalage entre le discours sur la profession et la réalité du terrain : *« (…) on est dans une formation de « bisounours », où tout est beau, tout est rose »*. Et, elle fait part des problèmes rencontrés lors de la rédaction de son mémoire de fin d'études :

> *J'ai fait mon mémoire sur la relation à mettre en place avec un patient en choc émotionnel, ça partait d'un décès à la base. Donc j'avais toute une partie de mon mémoire qui portait sur la relation soignant/soigné, alors ça je m'en souviens bien, mais le problème c'est que ma guidante ne voulait absolument pas que je critique. Dans mon mémoire, il fallait que j'analyse positivement toute la situation. Il ne fallait pas que je remette en cause le service ou les pratiques, la seule personne que je pouvais remettre en cause, c'était moi. Mais on ne remettait pas en cause un service ou des pratiques. Il y a vraiment un souci parce que finalement, on va essayer de cacher quelque chose alors que déjà la relation soignant/soigné, elle n'est pas aisée, parce que c'est deux personnes avec leurs interactions et de toute façon ça ne peut pas, ça ne colle pas forcément tout le temps. Enfin, moi j'étais dans une situation où il ne fallait pas dire. Ma guidante refusait complètement.*

L'importance du travail en équipe est soulignée dans le cadre de la prise en charge globale du patient sous la forme positive de l'intérêt de la collaboration infirmière/aide-soignante : « (...) *quand je suis en médecine ou en orthopédie, je suis toujours en binôme et j'insiste sur le fait qu'on soit vraiment en binôme parce que j'ai besoin d'elles, elles ont besoin de moi, on a vraiment besoin l'une de l'autre, donc je trouve que c'est important* ». Mais également, sous la forme négative de relation trop distancée et inégalitaire avec le corps médical :

> *(...) les médecins, s'ils ont envie de venir à 20h30, ils vont venir à 20h30. Ils savent très bien qu'à 21 heures ce sont les gros soins, mais ils décident de passer avant. Il n'en ont absolument rien à faire parce que leurs impératifs sont plus importants, et l'infirmière ne va pas oser leur dire. On est finalement dans une forte position hiérarchique entre les deux et on a du mal à s'en décoller. Déjà, on voit des médecins qui nous tutoient alors que nous, on les vouvoie, et là déjà, il n'y a pas de travail en collaboration quand il y a cette différenciation. Moi, je pense que si on est deux à se vouvoyer, il peut y avoir un travail en collaboration, deux à se tutoyer pareil, mais un « vous » un « tu », c'est pas possible. […] Et puis, il arrive qu'on ne voit même pas le médecin passer. On ouvre le dossier, « Tiens, il y a une prescription », il n'est même pas venu nous le dire. Certains médecins vont demander à ce que l'on soit là, d'autres n'en ont absolument rien à faire.*

Au cours de l'entretien sont également évoqués les problèmes liés à la reconnaissance du travail infirmier et à l'autonomie des infirmières, notamment, le décalage entre les responsabilités assumées de fait dans des situations d'urgence auxquelles les infirmières peuvent être confrontées sans assistance médicale en particulier la nuit, et les responsabilités revendiquées sous la forme de la mise en place de protocole permettant la couverture de la responsabilité dans l'exercice autonome des soins et la reconnaissance par le corps médical de la pertinence du diagnostic infirmier. Ces problématiques de la reconnaissance et d'une légalisation de l'autonomie dans l'exercice des soins semblent influer sur le processus d'épuisement professionnel dans la mesure où elles participent à la définition des conditions de travail.

Analyse 7

G. a douze années d'exercice professionnel en structure hospitalière en cardiologie et en pool de remplacement. Elle a démissionné un mois avant l'entretien pour travailler dans un cabinet d'infirmières libérales. Les raisons de sa démission ne sont pas liées à la relation au patient, ni au travail en lui-même, mais à l'absence de reconnaissance, aux conditions de travail et à la rémunération.

Les satisfactions éprouvées dans le travail s'expriment dans les termes d'un sentiment du travail bien fait en fonction des satisfactions propres du patient et du bon déroulement du travail en équipe.

Ce qui est souligné comme étant le plus pénible dans le travail ne renvoie pas à la relation au patient, mais au manque de considération, au caractère pesant de la hiérarchie, aux horaires et aux difficultés d'adaptation continue et d'intégration au sein de différentes équipes dans le cadre de sa fonction de remplaçante qui impliquait un changement de service parfois toutes les deux semaines.

Quand la question de l'épuisement professionnel est abordée, sont spontanément mentionnées les conditions de travail sous la forme des horaires, du rythme et du travail de nuit, et le manque de considération. Sera également mentionné la rémunération qui n'apparaît pas être à la hauteur des efforts en termes de disponibilité, de sérieux et d'implication dans le travail.

Le sentiment d'un défaut de considération et de reconnaissance semble avoir une part importante dans le processus d'épuisement professionnel dans la mesure où il affecterait moralement le personnel. Il s'exprime notamment par l'impression de ne pas être reconnu individuellement par la hiérarchie : *« en en ayant discuté avec des collègues (...) on n'est qu'un numéro »*. Mais c'est également le sérieux et l'implication dans le travail qui apparaissent comme non suffisamment reconnus : *« (...) qu'on fasse bien son travail ou qu'on le fasse moins bien, finalement, on nous voit de la même façon »*.

Dans un second temps, lorsqu'elle est évoquée au cours de l'entretien, la charge émotionnelle dans le cadre de la relation soignant/soigné est prise en compte comme facteur possible du processus d'épuisement professionnel. Mais cela ne correspond pas à l'expérience de G : *« (...) je n'ai pas l'impression que ça m'épuisait »*. Que la charge émotionnelle soit un facteur du processus d'épuisement professionnel ne lui apparaît donc pas comme une évidence, mais comme une hypothèse envisageable en fonction des services : *« Ça doit dépendre du service dans lequel on va travailler »*. Sont alors mentionnés des services où les décès sont fréquents, où sont nombreuses les situations de patients particulièrement difficiles à vivre comme dans les services d'oncologie ou de chirurgie re-constructive. Est également relatée une expérience personnelle dans un service de dermatologie traitant des cancers de la peau où il lui a été proposé, suite à un remplacement effectué, un poste à pourvoir. Bien qu'elle appréciât particulièrement de travailler dans ce service et fût très satisfaite de son intégration dans l'équipe le temps de son remplacement, elle a renoncé à occuper le poste vacant à cause de la charge émotionnelle due aux situations dramatiques vécues par les patients et leurs proches.

C'est en opérant la projection de soi dans des services où la charge émotionnelle est considérée comme lourde que celle-ci est posée comme un facteur d'épuisement professionnel. Apparaît d'autant plus déterminant, le choix fait par le soignant du service dans lequel il exerce.

Par ailleurs, elle souligne la qualité de l'ambiance et du travail en équipe dans les services où la charge émotionnelle est importante : *« (...) dans ces services qui sont difficiles, en général, l'ambiance est bonne, les gens travaillent réellement en équipe, ils ont tous besoin les uns des autres »*. Ce constat met en évidence l'importance du soutien psychologique que représente un collectif de travail soudé et corrobore l'idée de l'importance du développement

du travail en équipe dans le cadre d'une politique de prévention de l'épuisement professionnel.

Analyse 8

H a été infirmière dix années en service infectieux en hospitalisation. Depuis quatre ans, elle travaille, toujours en service infectieux, mais en hôpital de jour.

Les satisfactions au travail qu'elle souligne sont les retours positifs des patients. Les insatisfactions - ou ce qui est difficile ou pénible dans le travail - sont liées à la structure hospitalière et se résument dans l'expression *« le manque d'humanité de l'hôpital »*. Elle évoque des dysfonctionnements qui ont des répercussions sur la prise en charge des patients, notamment la complexité de la procédure pour obtenir des rendez-vous pour des examens et les délais d'attente, en particulier, dans certaines spécialités. Les regrets exprimés sur ce plan s'accompagnent du sentiment que l'hôpital est devenu « une grand usine » et de la conscience que c'est une réalité et que, peut-être, cela ne peut pas être autrement. C'est aussi le poids de la hiérarchie et le fait de devoir justifier de sa charge de travail par une nouvelle méthode de cotation des différents actes réalisés. Cette méthode visant à mesurer la charge de travail est appréciée de façon ambivalente. D'un côté, pour les soins techniques, ne prenant pas tant en compte le temps passé avec le patient que le degré d'autonomie de celui-ci et la répétition du soin, cette méthode minimise la charge de travail que ces soins représentent dans le cadre de l'hôpital de jour. Mais, d'un autre côté, elle permet une mise en valeur des soins relationnels qui sont également évalués et qui représentent une charge de travail importante en service infectieux, plus particulièrement en hôpital de jour.

Quand est abordé le thème de l'épuisement professionnel, la charge émotionnelle est immédiatement et spontanément évoquée :

> *L'épuisement professionnel, ça peut arriver parfois avec certains patients, des fins de vie difficile, quand la barrière entre l'affectif et le professionnel n'est pas très grande et quand on met beaucoup du nôtre. L'affectif, lors des fins de vie, parfois, c'est difficile pour nous. Chaque fois on s'en prend un petit coup derrière la tête.*

Mais très vite l'importance de la charge émotionnelle comme facteur du processus d'épuisement professionnel est relativisée :

> *Mais ce n'est pas la relation au patient qui nous use le plus, il y a la hiérarchie comme je le disais tout à l'heure, mais aussi la relation entre collègues qui n'est pas évidente. […] Les patients ne sont pas source d'épuisement professionnel, pour moi, c'est pas eux. On est là pour eux de toute façon. Ce n'est pas eux qui vont nous épuiser*.

Une des particularités du service infectieux en hôpital de jour, qui établit une différence avec les services en hospitalisation au niveau des relations entre collègues, est l'absence de changements dans la composition de l'équipe : *« Par rapport à l'hospitalisation où les équipes tournent, on ne travaille jamais avec les mêmes, ici, on travaille tout le temps avec les mêmes personnes, donc ce n'est pas toujours facile à vivre au quotidien »*. Cependant en contrepoint des difficultés relationnelles que peut susciter la fréquentation quotidienne des mêmes collègues au sein d'une équipe de travail toujours identique, il y a les relations plus approfondies que cela permet : *« C'est aussi des relations plus fortes, ici. On se connaît mieux. Peut-être trop. C'est peut-être ça aussi»*. Et par ailleurs, l'équipe de travail est également reconnue comme pouvant représenter un soutien psychologique :

> *Oui, l'équipe est aussi un soutien psychologique avec les gens avec qui on a de l'affinité, c'est aussi surmonter les difficultés les unes les autres. C'est vrai qu'avec certaines personnes on fait un peu masse ensemble pour dire « Allez, ça va aller mieux demain* .

Finalement les difficultés inhérentes à la gestion au quotidien des relations entre collègues sont, pourrait-on dire, philosophiquement interprétées : *« Je crois que c'est les relations humaines dans l'ensemble. Il y a un soutien et en même temps, c'est aussi les collègues parfois qui peuvent faire en sorte qu'on est un peu usé par le travail »*.

En fait, quand bien même les relations entre collègues ne sont pas toujours faciles, elles ne s'apparentent pas pour autant à un facteur d'épuisement professionnel proprement dit. L'usage du verbe « user » dans l'expression « usé par le travail » est significative car ce qui est usé, n'est pas épuisé. Il y a entre les verbes « user » et « épuiser » une différence sémantique dont la non prise en compte amènerait à faire un faux-sens dans l'interprétation des propos de H. Ce qui est épuisé ne peut plus satisfaire à l'usage auquel il est destiné. Epuiser des ressources, c'est ne plus avoir de ressources : dire que l'eau d'un puit est épuisée, cela veut dire qu'il n'y a plus d'eau dans ce puit, et que l'on ne pourra définitivement plus remonter de seaux remplis d'eau à moins d'alimenter ce puit à nouveau. Ce n'est pas de cet ordre que sont les difficultés qui naissent des relations et conflits potentiels entre collègues :

elles n'épuisent pas les ressources professionnelles du soignant mais elles affectent son dynamisme et rendent ainsi plus difficile l'exécution de la charge de travail.

A la fin de l'entretien, H. introduit le thème de « l'impact sur la vie personnelle ». Cet impact est d'abord brièvement abordé sous l'angle de la difficile « coupure » entre le travail et la vie en-dehors du travail *« par rapport aux fins de vie »*. Il est ensuite plus longuement développé sous l'angle des contraintes que la vie professionnelle exerce sur la vie personnelle. La difficulté semble être de concilier la disponibilité que la profession exige et l'équilibre de la vie personnelle nécessaire pour être en mesure d'offrir cette disponibilité :

> *Pourquoi la profession d'infirmière était à l'origine faite par des sœurs, parce que ça demandait beaucoup d'investissement, et maintenant s'investir professionnellement je ne vois pas comment on peut le faire si derrière on ne peut pas avoir une vie personnelle, une vie équilibrée*.

Or c'est justement le droit à une vie personnelle équilibrée que ne semble pas reconnaître l'institution :

> *(…) les infirmières, on a l'impression qu'il faut qu'elles soient infirmières et pas autre chose, et que notre vie personnelle, notre vie familiale, le fait d'avoir des enfants ça ne compte pas. On n'a pas le droit d'être présente auprès de nos enfants quand ils sont malades, alors qu'on est présente auprès de nos patients. On parlait de reconnaissance tout à l'heure, ça c'est ne pas être reconnu. Ils ne nous reconnaissent pas en tant que femme aussi, infirmière quoi, avec tout ce qui va avec*.

Ne pas être reconnue en tant que femme, c'est ne pas être reconnue en tant qu'individu. L'accroissement de la charge de travail accroît ce sentiment de non reconnaissance et le fait croiser celui de la non reconnaissance professionnelle :

> *Et puis les cadences sont de plus en plus soutenues. On n'est pas en usine non plus, mais je trouve que ça y ressemble de plus en plus quand même. Il faut justifier de notre charge de travail, on nous demande de plus en plus de choses, il faut qu'on arrive à les faire, voilà, on n'a pas le choix. On nous dit « Voilà, maintenant faut faire ça », on ne nous donne pas le choix, faut le faire. Et même si on râle, de toute façon, quand ils ont décidé quelque chose, on a beau râler, ça ne changera rien, il faudra le faire. C'est vrai qu'il arrive un moment où on n'a même plus envie de parler, parce que de toute façon, c'est cause perdue*.

Celui qui n'a plus son mot à dire au travail, celui dont la parole est vaine, n'est reconnu ni en tant que professionnel, ni en tant qu'individu : il n'existe plus suffisamment aux yeux de son interlocuteur pour avoir *« envie de parler »*. La référence à l'*« usine »* est emblématique d'un sentiment de dépersonnalisation. Dans l'imaginaire, l'usine est l'univers du machinisme où le corps apparaît comme une extension de la machine qui, elle, ne s'épuise pas, mais reproduit indéfiniment son mouvement, car elle est dépourvue et de vie et de conscience.

En conclusion de cette analyse nous souhaitons souligner que ce n'est pas tant la relation au patient qui apparaît, ici, comme source d'épuisement professionnel que la non contribution à l'élaboration de la charge de travail et à l'organisation des conditions de réalisation de celle-ci qui impliqueraient une prise en compte de l'individu qu'est le professionnel et de l'équipe au sein de laquelle il exerce son métier.

Analyse 9

I. est infirmière en structure hospitalière depuis quatre ans. Elle a été diplômée à vingt-sept ans. Elle exerce dans deux services différents, en pneumologie (soins de suite) et en néphrologie.

Les satisfactions qu'elle éprouvent dans son travail sont, dans le domaine des soins palliatifs, de contribuer au soulagement des patients et à la sérénité des familles. Ce qui la passionne, ce sont les soins palliatifs.

Ce qui lui est le plus difficile ou le plus pénible à vivre fait référence aux conditions et à la charge de travail, en particulier au manque de personnel. Les périodes de vacances où l'effectif est réduit sont, pour elle, des périodes difficiles, car, d'une part elle aime la rigueur alors que dans un contexte de surcharge de travail *« pour être rigoureux, c'est difficile »*, d'autre part elle a *« un caractère à être assez stressé »* et la surcharge de travail en ne permettant pas la rigueur accroît le stress :

> *Donc, je suis stressé. J'ai souvent peur d'oublier des choses. Je revois cent mille fois les choses. Je me demande, par exemple, si je n'ai pas oublié de faire une injection. Comme on est en effectif réduit, on a beaucoup plus de travail. En ce moment, j'ai du mal à aller*

bosser parce que je me dis « Est-ce que ça va être encore stressant aujourd'hui ? Est-ce qu'il va y avoir autant de boulot ? » Je le ressens très mal en ce moment.

Ce stress n'est pas évoqué lorsque la question de l'épuisement professionnel est posée. Ce qui est relaté est un événement personnel, une dépression qui fut ressentie comme un épuisement professionnel, mais interprétée après coup comme ne relevant pas de l'épuisement professionnel :

J'ai récemment fait une dépression, et je pensais que c'était dû au travail au départ. En fait, j'allais au travail et je n'arrivais plus du tout à gérer, c'était trop. C'était beaucoup trop pour moi, aller voir un patient, c'était, enfin je n'en pouvais plus, il y avait une charge de travail énorme, et en fait j'ai pété les plombs. J'avais l'impression d'être épuisée, épuisée professionnellement. Je me disais que je n'arrivais plus du tout à gérer l'hôpital. Pour moi, c'était dû à une charge de travail énorme, et en plus on était, comme je vous ai dit, notre service a été restructuré en octobre 2007 et il y avait de la rébellion dans les couloirs. Ça et la charge de travail, je n'en pouvais plus et pour moi c'était terminé, je ne pouvais plus travailler. Donc je me suis arrêtée, et en fait je me suis rendue compte que ce n'était pas que le travail, qu'il y avait aussi d'autres choses à la maison. Je me suis rendue compte que ce n'était pas un épuisement professionnel, que je pourrai retravaille.

Dépression pour cause d'épuisement professionnel ou pour d'autres raisons, ce n'est pas à l'analyse de texte de trancher, d'autant plus que les catégories sont des abstractions et que les abstractions opèrent une découpe dans le réel, introduisent une discontinuité là où les choses ne connaissent pas nécessairement de solution de continuité. Mais ce qui intéresse l'analyse de texte est davantage de souligner l'ambiguïté qu'introduit la confrontation du ressenti initial et de l'interprétation finale. Ambiguïté amplifiée par le fait que ce qui est avancé comme raisons du ressenti initial est ce qui est donné comme cause de l'épuisement professionnel en général :

Mais je pense que l'épuisement professionnel, c'est, oui, à la longue travailler avec une charge de travail telle qu'on en a en ce moment, avec aussi des collègues qui, enfin certaines collègues, qui sont tout le temps en train de se rebeller pour je ne sais quoi.

Cette ambiguïté peut être interprétée comme le signe à la fois d'une confrontation entre les tensions inhérentes à la vie professionnelle et les tensions internes à la vie personnelle, et d'une difficulté à concilier les tensions respectives de l'une et de l'autre. Si le défaut de conscientisation de cette confrontation et de la nécessaire conciliation n'est pas en soi un obstacle à une reprise du travail qui dédouane l'épuisement professionnel, il n'est pas

non plus une garantie de la stabilité de l'équilibre. D'ailleurs l'usage répétitif d'un « je positive » peut être interprété comme le recours à une méthode Coué qui tente de remplir le vide laissé par ce défaut de conscientisation.

Cette analyse nous semble corroborer par la réponse donnée à la question sur la possibilité de continuer à travailler dans une équipe où ne serait pas ressenti un engagement commun : *« (…) je pense que si les mentalités n'évoluent pas, je ne vais pas positiver pendant dix ans, ça c'est sûre. Donc, je pense que là, pour l'instant je positive, après, je ne sais pas combien de temps je vais pouvoir le faire »*.

De fait, l'intégration à un collectif de travail soudé partageant une communauté de pratiques et d'engagement apparaît comme un facteur important de la prévention de l'épuisement professionnel.

La charge émotionnelle inscrite dans la relation soignant/soigné, la confrontation au corps malade et à la mort, sont exclues de la sphère des facteurs de l'épuisement professionnel :

> *Moi, c'est ce qui me passionne en fait, et je ne le vois pas du tout du côté d'un épuisement, ça me passionne. Donc, je n'y pense pas. Je ne vous en n'ai pas parlé parce que je n'y pense pas. Pour moi, cette relation soignant/soigné, même si elle est quelque fois difficile, c'est justement ce qui met du piment dans ma vie, et c'est ce que j'aime. J'aime ça*.

Ainsi, la relation soignant/soigné est totalement dédouanée de toute participation à un processus d'épuisement professionnel tandis que la relation soignant/soignant serait potentiellement impliquée.

Analyse 10

J. est une jeune infirmière qui a trois ans d'exercice professionnel en structure hospitalière. Elle a travaillé en chirurgie et travaille actuellement, depuis sept mois, en salle de réveil, en salle de surveillance post-opérationnelle.

La première des satisfactions dans son travail, c'est de travailler en salle de réveil, car c'était son projet professionnel et il s'est réalisé. Elle est passionnée par tout ce qui concerne l'anesthésie et devrait prochainement faire une formation d'infirmière anesthésiste. La technicité de sa fonction l'intéresse particulièrement.

La seule chose qu'elle mentionne comme pouvant être pénible dans son poste actuel, c'est de finir rarement à l'heure. Dans les anciens services où elle a travaillé, c'était le rythme de travail qui devenait insupportable. Il lui est arrivé de travailler de 7h30 à 2h30, dix-neuf heures d'affilé avec juste un repas le soir pris en vitesse.

L'épuisement professionnel est d'emblée évoquée dans les termes d'une surcharge de travail due à un manque de personnel :

> *On manque d'infirmière, donc les infirmières que l'on a, on gratte, on gratte, on gratte, jusqu'au moment où là, il va y avoir de l'épuisement professionnel, de la lassitude et du coup, la démission.*

Quant il lui est demandé si la relation soignant/soigné et la charge émotionnelle dont elle est porteuse peuvent avoir un rôle important dans le processus de l'épuisement professionnel, elle répond négativement pour ce qui la concerne et introduit spontanément l'idée que ce serait davantage la relation soignant/soignant qui serait un facteur d'épuisement professionnel :

> *En salle de réveil, on a du relationnel, j'essaie d'en avoir le maximum même si c'est sur une courte durée. Je n'ai jamais eu l'impression dans ce que j'ai pu vivre ici ou dans des stages, lorsque j'étais élève, d'être fatiguée émotionnellement à cause des patients sinon à cause des soignants.*

Ce point de vue personnel n'est pas un déni de la difficulté que peut représenter la gestion de la charge émotionnelle. Elle prend tout à fait en compte cette réalité qu'elle pense plus prégnante dans certains services tels que, par exemple, les services d'oncologie ou de néonatalogie, où les soignants sont davantage confrontés à des situations humainement douloureuses et établissent des liens avec les patients et leurs proches qui s'inscrivent dans une certaine durée. Mais cette prise en compte ne modifie pas fondamentalement son point de vue :

> *C'est sûr que ce n'est pas forcément gai tous les jours, mais je n'ai pas l'impression que ce soit ça qui soit à l'origine de la fatigue morale d'une personne. Et si ça l'est, il y a toujours moyen de s'orienter dans d'autres services. On peut se remettre en question en se disant « Est-ce que je suis capable de supporter ça ? » et changer. Mais je ne pense pas que ce soit uniquement ça qui soit à l'origine d'un épuisement professionnel. Ça peut y contribuer, mais je dirai que ce n'est pas la chose la plus importante*.

Alors que la charge émotionnelle est ordinairement perçue comme négative, une source de difficulté, elle développe l'idée d'un aspect positif de la charge émotionnelle, en ce que la confrontation à celle-ci introduirait à une réflexion sur les grands thèmes de la vie qui participerait à la construction de la personnalité : *« Ça impose la réflexion sur certains sujets, sur la vie, sur la mort, et après on se forge un caractère aussi, même si on ne devient pas un mur, on se forge un caractère »*.

Les facteurs du processus d'épuisement professionnel qui lui semblent déterminants sont les relations humaines qui définissent l'environnement de travail et les conditions de réalisation de la charge de travail :

> *Mais moi, je suis vraiment persuadée que ce n'est pas ça [la charge émotionnelle inscrite dans la relation soignant/soigné] qui est à l'origine de l'épuisement professionnel, ça peut jouer, ça c'est vrai, mais encore une fois, c'est l'équipe. Je pense que c'est l'équipe et puis, c'est aussi les supérieurs, en fonction de comment on organise votre emploi du temps, comment on organise votre travail, si votre travail est reconnu, que vous puissiez prendre des vacances sans qu'on vous rappelle sur votre temps de vacances. La considération humaine du soignant par ses collègues soignants et par les supérieurs. Je pense que c'est surtout ça*.

L'équipe de travail apparaît en quelque sorte comme un alpha et un oméga du processus d'épuisement professionnel. En effet, une équipe qui ne représenterait pas un collectif de travail soudé serait source d'épuisement professionnel mais, a contrario, l'équipe peut représenter le principal soutien psychologique en particulier dans les situations de lourdes charges émotionnelles :

> *Mais des services difficiles où il y a des situations de décès, réanimation, des services où c'est assez costaud psychologiquement parlant, s'il y a une équipe derrière avec laquelle on peut parler, des collègues avec lesquels on s'entend bien et que tout le monde en parle ensemble, c'est sûr que la charge émotionnelle induite par ces situations là sera soulagée plus que dans une équipe où de toute façon vous ne pouvez rien dire à vos collègues et que*

lorsque vous rentrez de votre travail et que vous en parlez, on ne vit pas les mêmes choses que vous à la maison, et vous avez besoin d'échanger avec des gens qui connaissent, qui connaissent le patient, qui connaissent la situation, et qui sont habitués aussi à ces situations. Effectivement s'il n'y a pas une bonne ambiance, ça doit être encore plus dur.

De même que la charge émotionnelle n'est pas considérée comme un facteur déterminant de l'épuisement professionnel, la fatigue physique associée à la charge de travail n'en est pas appréhendée comme une cause en soi :

Et puis après, le physique, oui, c'est fatigant. Mais, le travail que je fais maintenant est aussi fatigant que celui que je faisais avant, je suis debout toute la journée, je piétine toute la journée et je ne m'assois pas plus d'une demie-heure pour mon repas le midi. Mais, j'adore ce que je fais et je le fais dans de bonnes conditions, donc je passe au-dessus. Avant, en bloc opératoire, je le faisais dans de mauvaises conditions, avec un stress, une mauvaise ambiance et je me faisais tout le temps engueuler, la fatigue physique s'en ressentait plus, mais parce qu'il y avait une fatigue morale. La fatigue morale fait que la fatigue physique se ressent plus. Là, je ne me sens pas fatiguée parce que j'adore ce que je fais et du coup, ce n'est pas déterminant, mais quand on n'aime pas ce que l'on fait ou les conditions dans lesquelles on le fait, le moindre petit problème va être majoré, va sembler mille fois plus important.

Ainsi, les relations interindividuelles et leur incidence sur l'organisation du travail et l'environnement de travail seraient déterminantes au sens où elles créeraient un milieu propice ou non propice au processus d'épuisement professionnel.

4.2.2. Synthèse des analyses

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons choisis de relever dans les réponses des interviewés à la question « Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ? » la confirmation (notée 1) ou l'infirmation (notée 0) des items suivants :

- la relation soignant/soigné est spontanément exprimée comme facteur du processus d'épuisement professionnel ;
- la relation soignant/soignant est spontanément exprimée comme facteur du processus d'épuisement professionnel.

Et de relever, à partir de l'ensemble des propos exprimés, la confirmation (notée 1) ou l'infirmation (notée 0) de deux autres items :

- la relation soignant/soigné apparaît comme un facteur déterminant du processus d'épuisement professionnel ;
- la relation soignant/soignant apparaît comme un facteur déterminant du processus d'épuisement professionnel.

Si la première série d'items permet de vérifier l'établissement d'un lien entre la relation soignant/soigné ou la relation soignant/soignant et le processus d'épuisement professionnel, elle ne permet pas de trancher sur l'importance accordée à l'une ou à l'autre de ces relations. De plus, la spontanéité d'un propos n'est pas une garantie de son authenticité, mais elle peut être l'expression d'un prêt-à-penser, d'un usage des réponses toutes faites produites socialement. C'est pourquoi, il nous a semblé nécessaire de faire appel à la seconde série d'items pour lesquels les réponses sont recherchées dans l'ensemble du texte.

	Relation soignant/soigné : facteur d'épuisement professionnel		Relation soignant/soignant : facteur d'épuisement professionnel	
	Spontanément évoqué	Important	Spontanément évoqué	Important
Entretien 1	1	1	1	0
Entretien 2	1	1	1	1
Entretien 3	1	0	0	0
Entretien 4	0	0	0	1
Entretien 5	0	0	0	0
Entretien 6	0	0	0	1
Entretien 7	0	0	0	0
Entretien 8	1	0	1	1
Entretien 9	0	0	1	1
Entretien 10	0	0	0	1
Total	**4**	**2**	**4**	**6**

Avant de commenter les résultats de ce tableau, une première remarque s'impose. On peut s'étonner de la présence de « 0 » sur une même ligne dans les deux cases correspondant soit à l'évocation spontanée de l'une ou l'autre des relations soit à l'importance qui leur est accordée, voire de la présence de « 0 » dans toutes les cases d'une ligne. Cela correspond aux cas où ni la relation soignant/soigné, ni la relation soignant/soignant n'ont été évoquée spontanément ou ne se sont vues accorder une importance particulière parce que d'autres éléments ont été mentionnés comme facteurs du processus d'épuisement professionnel, à savoir : la charge ou surcharge de travail souvent associée au manque de personnel, les horaires dont le travail de nuit, les jours fériés et les nombreux week-end travaillés, enfin le défaut de reconnaissance et les relations avec la hiérarchie. Bien que nous ayons pris en compte ces éléments dans les analyses d'entretiens, nous n'avons pas voulu les faire apparaître dans ce tableau de façon à ne pas décentrer nos résultats par rapport à notre problématique. Cependant, nous devons souligner l'importance attribuée à la charge de travail dans le processus d'épuisement professionnel.

La relation soignant/soigné et la relation soignant/soignant sont évoquées spontanément un même nombre de fois (4), mais la différence est notable (4 points) en faveur de la relation soignant/soignant en ce qui concerne l'importance qui leur est attribuée en tant que facteur du processus d'épuisement professionnel. Ainsi, nos hypothèses sont vérifiées. Cependant, ce résultat peut surprendre, à plus d'un titre. D'une part, le fait qu'il est de façon consensuelle reconnu que l'une des principales conséquences de l'épuisement professionnel est le changement d'attitude du soignant vis-à-vis du soigné, ce que Maslach qualifie de dépersonnalisation et qui, à terme, signifie une incapacité temporaire ou définitive à assumer la relation au patient. D'autre part, le fait que la relation soignant/soigné soit systématiquement mentionnée au cours des entretiens à propos des satisfactions dans le travail sous la forme de la préoccupation professionnel de répondre au mieux aux attentes des patients, ou à propos des difficultés et de la pénibilité du travail sous la forme de la charge émotionnelle difficile à gérer en fonction des situations. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce qui a l'apparence d'un paradoxe :

- l'idée que la charge émotionnelle est une composante d'un métier qui a été choisi en connaissance de cause ;

- le fait que la charge émotionnelle soit variable en fonction des services et des spécialités et qu'il appartient à chacun de faire le choix du service ou de la spécialité qu'il sera capable d'assumer sur le plan émotionnel ;
- le point de vue selon lequel si l'équipe joue son rôle de soutien psychologique alors le soignant n'est pas seul et puise dans la relation à ses collègues des ressources qui participent à la gestion de la charge émotionnelle.

Cette dernière raison, permet de mieux comprendre l'importance attribuée à la relation soignant/soignant. En effet, une part des difficultés que peut rencontrer le soignant dans sa relation individuelle au soigné, reportée en quelque sorte sur l'équipe, est ainsi prise en charge par la relation soignant/soignant. Cette relation est donc fortement investie et sa déficience peut rendre compte de la défaillance individuelle du soignant.

Se découvre là un ensemble de rapports établis implicitement qui fonde l'importance accordée à l'équipe et à l'ambiance de travail. Il semble pertinent d'avancer l'idée que si la charge émotionnelle dans la relation au soigné n'était pas aussi importante, l'équipe ne bénéficierait pas d'un investissement aussi fort. Mais la rançon de l'investissement qui est fait en elle est de devoir assumer au premier plan les difficultés rencontrées. Ainsi, une équipe qui n'est pas à la hauteur, qui n'apporte pas ce que l'on attend d'elle, ou pire encore qui est source de difficultés, en privant l'individu d'une ressource fondamentale ou en affectant ses ressources, apparaît cause d'épuisement professionnel. Sans être à l'origine des difficultés, elle peut apparaître responsable du fait que l'on ne puisse plus les assumer. D'ailleurs dans les services où la charge émotionnelle est lourde , il est toujours fait référence à la qualité de l'équipe non seulement sur le plan technique mais sur le plan humain.

La nécessaire prise en charge d'une part de la relation soignant/ soigné par la relation soignant/soignant est porteuse d'un ordre naturel des choses interne à cette dernière : c'est à l'équipe de suppléer aux défaillances de l'individu, l'inverse est contre-nature. Cela ne signifie évidemment pas qu'il y aurait d'un côté le soignant en tant qu'individu et de l'autre côté l'équipe, ce qui serait absurde puisque le soignant en tant qu'individu est partie intégrante de l'équipe de travail, mais cela signifie qu'en retour de la part qu'il prend ou de la contribution qu'il apporte à la constitution du collectif de travail que constitue l'équipe, il attend de celle-ci qu'elle joue pleinement son rôle de ressources professionnelles et de soutien psychologique.

4.3. Retour à la problématique

La vérification de nos hypothèses nous autorise à penser que le développement de la collaboration dans le travail pourrait être un axe d'une politique de prévention de l'épuisement professionnel. C'est dans ce cadre que l'ingénierie de formation pourrait intervenir efficacement en recherchant, en fonction des contextes spécifiques des services, les modes d'apprentissage qui favoriseraient la cohésion de l'équipe, le partage et la communauté des pratiques. Le développement de la réflexivité dans les pratiques professionnelles et le partage de celle-ci semblent particulièrement adaptés dans la mesure où ils favorisent à la fois cette cohésion des individus, leur engagement commun, et le partage et la communauté des pratiques.

L'hôpital est un milieu en pleine mutation autant sur le plan organisationnel que sur le plan de l'évolution des techniques, or comme le soulignait A. dans l'entretien 1 :

> *Aujourd'hui, on demande plus, avec de moins en moins de monde. Il faut se perfectionner de plus en plus, être à la pointe de l'outil informatique, des transmissions, des modes de communication qui sont un peu nouveaux. C'est aussi à soi, personnellement, de s'investir pour suivre les changements. Parce que, après, on peut avoir des raisons d'être épuisé*.

Effectivement, ne pas suivre les changements qui affectent la profession, c'est s'isoler et, plus généralement, le non partage des apprentissages et de la réflexion sur les pratiques qui favorisent l'adaptation aux évolutions, risque de provoquer des fissures dans la cohésion des équipes et de ne pas permettre à celles-ci de jouer leur rôle de soutien psychologique. Mais ce n'est pas qu'*« à soi, personnellement, de s'investir »*, c'est aussi à l'institution d'investir dans l'ingénierie de formation de façon à décider, en fonction d'une analyse fine du contexte et des besoins, des dispositifs d'apprentissage appropriés.

Ainsi pourrait également être évitées les tensions que peuvent générer les différences générationnelles et l'isolement en lequel peuvent se retrouver ceux ou celles qui tentent d'introduire de nouvelles pratiques. En effet dans différents entretiens, de jeunes

professionnel(le)s et des infirmières investit dans des projets mentionnent et regrettent les difficultés auxquelles elles sont confrontées pour changer les habitudes et les routines.

Le développement de la réflexivité dans les pratiques professionnelles, la problématique de l'adaptation aux changements et celle de la rupture avec les routines, renvoient aux objectifs et aux modalités de l'organisation apprenante. Il nous semble que l'une des tâches d'un ingénieur de formation au sein d'une structure hospitalière pourrait être d'explorer les possibilités et la pertinence de développer l'organisation apprenante en lien à la problématique de l'épuisement professionnel. Ce lien pourrait être un garde fou afin que l'adaptation au changement ne soit pas une mutation imposée comme elle l'est trop souvent.

5. Critiques et limites de ce travail

Comme nous l'avons souligné, ce travail avait une visée exploratoire. Mais, il se présente davantage comme un défrichage qu'une trajectoire définie qui tracerait une voie à poursuivre. Nous voyons trois raisons à cet état de fait :

- une clarification plus approfondie demeure à effectuer des concepts de burn out et d'épuisement professionnel ;
- la nécessité d'une enquête reposant sur un panel nettement plus important et différencié ;
- la non exploitation de la littérature relatant les expériences d'organisation et de management réalisées, notamment, outre-Atlantique, au Canada et aux Etats-Unis en ce qui concerne les *Magnets Hospitals*.

La clarification des concepts nous semble nécessaire car il apparaît que le concept de burn out ne recouvre pas exactement celui d'épuisement professionnel, mais qu'il y ait une distorsion entre l'expression anglaise et la traduction française communément employée. La question sous-jacente est celle-ci : doit-on aborder l'épuisement professionnel avec les catégories et les modèles du burn out ? Faute d'avoir réaliser cette clarification - qui de mon point de vue ne peut pas se faire par un simple travail littéraire, mais impliquerait une enquête de terrain des deux côtés de l'Atlantique - nous sommes demeuré dans une référence trop générale au concept de burn out et nous n'avons pas formulé de définition de l'épuisement

professionnel. De ce fait , nos hypothèses ont un degré de généralité qui laisse trop de place aux interprétations intuitives qui peuvent être justes, mais qui ne prouvent pas suffisamment leur validité.

Un panel plus important et différencié aurait été nécessaire pour conforter la validité interne de nos résultats, effectuer un traitement quantitatif, et permettre une généralisation de nos résultats. Il aurait été souhaitable en particulier d'effectuer des entretiens avec des personnes ayant vécu une situation d'épuisement professionnel afin de faire une étude comparative des discours de ces personnes et de celles qui n'ont pas éprouvé un épuisement professionnel les contraignant à mettre un terme temporaire ou définitif à leur activité professionnelle.

Le temps nous a manqué, mais il aurait été intéressant de réaliser et d'exploiter des entretiens avec des formateurs en IFSI, des médecins du travail et des cadres de santé.

C'est également le manque de temps et l'ampleur du sujet qui nous ont fait renoncer à l'exploitation formalisée de la littérature parcourue sur les Magnets Hospitals aux Etat-Unis et sur les expériences d'organisation et de management réalisées au Canada.

6. Conclusion et propositions

Dans nos critiques sur ce travail, nous soulignions qu'il représentait davantage un défrichage que le tracé d'une trajectoire. Cependant, ce défrichage fait entrevoir des liens étroits entre l'épuisement professionnel, le travail en équipe, l'organisation du travail et le management, et permet d'envisager le recours à l'ingénierie de formation dans la perespective d'une politique de prévention de l'épuisement professionnel.

Dans le cadre des actions de prévention, trois niveaux d'intervention sont distingués : primaire, secondaire et tertiaire. L'objectif de la prévention primaire est la réduction, l'élimination ou le contrôle, des facteurs liés à l'environnement. Au niveau secondaire, l'attention est portée sur les stratégies de coping des individus afin de les aider à mieux gérer les exigences et les contraintes liées à l'activité et à l'environnement professionnels. Enfin, les interventions au niveau tertiaire relève davantage du traitement que

de la prévention de l'épuisement professionnel dans la mesure où l'objectif est d'apporter une aide individuellement adaptée aux personnes qui souffrent d'épuisement professionnel et dont l'état nécessite une prise en charge psychologique et/ou médicale. Théoriquement, aux différents niveaux d'intervention (primaire, secondaire, tertiaire), il est possible d'agir sur l'individu, sur l'organisation ou sur l'interaction individu/organisation. Cependant, comme le souligne Didier Truchot, « *dans les faits, la prévention primaire a principalement pour cible la modification de l'environnement de travail, alors que les préventions secondaire et tertiaire visent le plus souvent l'individu* »[35]. Le recours à l'ingénierie de formation sur le mode du développement de l'organisation apprenante se situerait au niveau primaire et permettrait d'agir simultanément sur l'individu, l'organisation et l'interaction individu/organisation sur un plan à la fois individuel et collectif.

En effet, l'introduction dans les modalités de l'organisation du travail , d'une part de l'usage la réflexivité dans les pratiques et, d'autre part, du privilège accordée à l'apprentissage expérientiel, permettrait l'appropriation à la fois individuelle et collective, par les professionnels, de leur environnement. C'est un point qui nous semble capital et être en rupture avec la conception ordinaire de la prévention qui s'articule autour de la notion d'adaptation : soit l'adaptation de l'individu à l'environnement, soit l'adaptation de l'environnement à l'individu. Le fait, souligné par Didier Truchot, que l'objet de la prévention au niveau primaire est l'organisation tandis que celui de la prévention au niveau secondaire est principalement l'individu n'est pas le fruit du hasard mais le produit de cette conception de la prévention qui repose sur l'idée d'adaptation. La notion d'adaptation qui a étroitement partie liée à l'idée de conformité est empreinte d'une certaine rigidité : s'adapter, c'est se conformer. De son côté, l'idée d'appropriation, en lien étroit avec l'idée de transformation, induit davantage l'idée d'une relation dialectique : s'approprier quelque chose, c'est à la fois transformer l'objet que l'on s'approprie et se transformer ou être transformé par l'acte même de l'appropriation. Ainsi, créer les conditions qui permettraient à la réflexivité dans les pratiques professionnelles de s'exprimer et d'avoir un impact sur l'organisation serait favoriser la double transformation de l'environnement et des individus, la captation et la production de synergies et l'inscription de la formation et de l'activité professionnelle dans une même perspective dynamique de production continue de sens.

.

[35]TRUCHOT Didier (2004), *Épuisement professionnel et burnou*t, Paris, éditions Dunod, p. 216.

Cette perspective peut paraître idéale, mais elle nous semble effectivement devoir être un idéal de la raison au sens kantien de l'expression, c'est-à-dire devoir orienter la pratique. Il y aurait ici un enjeu qui nous semble fondamental pour l'ingénierie de formation dont l'évolution récente s'est faite entre le marteau et l'enclume de la concurrence et de la mondialisation au détriment peut-être de la dialectique du rapport de l'homme au travail.

En effet, dans son développement actuel, l'ingénierie de formation semble s'être conformée aux exigences de l'adaptation des salariés aux contraintes de la concurrence telle qu'elles sont mises en avant par les entreprises pour rester « dans la course » dans le contexte d'une mondialisation accélérée. Le glissement sémantique de l'ingénierie de la formation à une ingénierie de la professionnalisation peut s'interpréter comme sanctionnant cette évolution dans la mesure où il s'entend principalement dans les termes d'une adaptation des compétences pour atteindre le degré de performance exigé par la concurrence.

Il ne s'agit pas de rejeter l'idée de performance, mais de repenser l'usage de cette notion et de celles qui lui sont associées telles que « développement des compétences » et « qualité » qui, par la fréquence de leur emploi et la banalisation conséquente de leur usage, deviennent des catégories abstraites à travers lesquelles se réifient des rapports sociaux non interrogés mais prégnants dans le quotidien de l'activité professionnelle.

Qu'est-ce qu'être performant ? Comment et quand sommes nous performants ? Est-on performant seul ou l'est-on collectivement ? Qu'est-ce qui permet d'être le plus performant : la souffrance ou le plaisir ?

La souffrance au travail se révèle évidemment contre performante. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas rechercher la performance, mais cela signifie qu'il faut envisager la performance comme un résultat, un effet d'une organisation du travail qui permet à chacun de donner le meilleur de soi-même, c'est-à-dire une organisation du travail qui favorise ce qui est du côté de la réalisation ou du sentiment d'accomplissement, et en conséquence, de la santé mentale au travail. Ce serait s'inscrire dans une perspective salutogénique qui ne limite pas la recherche aux motifs d'insatisfactions et de souffrances au travail mais pose, par exemple, la triple question : Pourquoi, comment, à quelles conditions les individus profitent-ils des bienfaits de leur travail ?

Rechercher du côté de ce qui satisfait les individus dans leur travail permettrait de trouver un point d'appui pour reconstruire la relation au travail. Analyser les motifs de satisfaction, c'est aussi la possibilité de repérer des compétences qui ne trouvent pas, ou pas suffisamment, les opportunités de leur usage ; repérer ce par quoi la personne est impliquée, engagée dans son travail ou ce par quoi elle peut l'être. Il nous semblerait de ce point de vue pertinent de réaliser une étude des motifs de satisfaction afin de répertorier des invariants à partir desquels pourrait être réalisé un référentiel des satisfactions intrinsèques à l'activité. Ce référentiel pourrait être analysé au regard du référentiel de compétences afin d'apprécier dans quelle mesure, tenant compte de celui-ci, l'activité pourrait s'organiser ou se réorganiser. Une autre proposition complémentaire serait de réaliser une enquête sous la forme d'une observation de la vie d'un service et d'une analyse des besoins de formations sous la forme d'un relevé des pratiques et des situations propices au développement d'une réflexivité partagée par les différents intervenants. De telles études pourraient favoriser des changements organisationnels dont le bien fondé reposerait sur le développement concourrant des compétences dans l'activité et de la satisfaction au travail.

Bibliographie et sitographie

Ouvrages et articles

ACKER Françoise (2005), « Infirmières : des pratiques en redéfinition », in *Sciences Humaines*, N° 48, mars 2005, pp. 48-51.

AMIEL Roger (1985), *Entreprise santé. Manuel de psychopathologie du travail et de psychiatrie*, Paris, éditions Maloine, 399 p.

ANTONOWSKY Aaron (1998), « Les facteurs favorables à la santé dans la vie professionnelle : la fonction d'appréciation comme attitude organisatrice », in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER (sous la direction de), Genève, Organisation Mondiale de la Santé, pp. 153-167.

ARDOUIN Thierry (2003) - *Ingénierie de formation pour l'entreprise : analyser, concevoir, réaliser, évaluer*, Paris, éditions Dunod, 274 p.

ARDOUIN Thierry et al (2004) - *Où en est l'ingénierie de la formation*, Education Permanente, N°157.

ARGYRIS Chrys, MOINGEON Bertrand (Collaborateur), RAMANANTSOA Bernard (Collaborateur) (2003) - *Savoir pour agir : surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, Paris, éditions Dunod, 330 p.

AUBERT Nicole, PAGES Max (1989) - *Le stress professionnel*, Paris, Klincksieck, 280 p.

BANDURA Albert (2007) – *Le sentiment d'auto-efficacité personnelle*, Paris, éditions De Boeck, 880 p.

BARBIER Jean-Marie, BERTON Fabienne, BORU Jean-Jacques (Coordinateur) (1996) - *Situations de travail et formation*, Paris, L'Harmattan, 279 p.

BEAUJOLIN François. (1999) - « Former en transformant, transformer en formant », in *Education Permanente*, N° 140, pp. 83-93.

BEAUJOLIN François (2001), *Vers une organisation apprenante*, Paris, Editions Liaisons,167 p.

BELFERT R (1994) - « Le syndrome d'épuisement professionnel », in *Le journal de l'infirmière*, N°3.

BELFERT R (1994b) - « La communication dans les services », in *Le journal de l'infirmière*, N°3.

BELET Daniel (2003) - « La révolution de l'entreprise apprenante » , in *L'Expansion Management Review*, N° 110, septembre 2003, pp. 80-85.

BIGE Vincent, MARCHAND Annie-Claude, DELPLANQUE Régine (2005), « Quelle qualité de vie au travail pour le personnel infirmier ? », in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 29-32.

BILLARD Isabelle (2001), *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, éditions La Dispute, Paris, 283 p.

BOUCLET M., HUGUET P. (1999), « Agir simultanément sur les compétences et l'organisation du travail : un nouveau défi pour la formation », in *Education Permanente*, N° 141, octobre-décembre 1999, 146 p.

BOUTINET Jean-Pierre (2005), « Gens de métiers et gens de progets », in *Soins cadres*, N°55, août 2005, pp. 69-70.

BOUVET (de) Armelle, SAUVAIGE Monique (2002), « Ethique et pratique infirmière en milieu hospitalier : enjeux et déplacements », in *Perspectives soignantes* N° 14-15, septembre-décembre 2002, pp. 305-317.

BUGEL Peter (2005), « Le Burn out » in *Santé conjuguée*, N°32, avril 2005, pp. 33-36.

CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, FLORENTIN Anne (2004), *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse aux réponses*, Paris, éditions Masson, 228 p.

CARPENTIER-ROY Marie-Claire. (1990), « Plaisir et souffrance des infirmières au travail : l'empreinte de l'imaginaire féminin », *Prévenir*, N°20, pp. 23-30.

CARRE Philippe, CASPAR Pierre et al. (1999), *Traité des sciences et des techniques de la formation*, Paris, éditions Dunod, 2ème édition 2004, 632 p.

CLOT Yves (1999), *La fonction psychologique du travai*l, éditions PUF, Paris, 2006 5éme édition, 247 p.

CONJARD Patrick, DEVIN Bernard (2003), "Développement des compétences. De la formation à l'organisation (dossier)", *in Travail et Changement*, N° 290, août 2003, pp. 7-18.

COOPER Cary L. (1998), « Le comportement de prédisposition au stress : le comportement de type A », in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1988, pp.134-139.

COOPER Cary L. (1998), « Résistance au stress en milieu professionnel : rôle du personnel de direction » in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp. 185-205.

CORTEN Philippe (2005), « Mettre des mots sur mes maux », in Santé conjuguée, N°32, avril 2005, pp.27-32.

COSNIER Jacques (1993), « Les interactions en milieu soignant », in Cosnier Jacques, Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, - *Soins et communication – Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, éditions Presses Universitaires de Lyon, pp. 17-32.

CUKIERMAN (Sylvie), NANTEUIL (Matthieu de), PARLIER (Michel), LOUIS Christiane (Collaborateur), *Apprentissages formels et informels dans les organisations*, Collection dossier documentaire, Editions de L'ANACT, 1996, 359 p.

DALLAIRE Clémence (2005), « L'accès au pouvoir dans une organisation, une question de santé », in *Soins cadres* N°54, mai 2005, pp. 32-35.

DAVEZIES Philippe (2005) ,« La santé au travail, une construction collective », in *Santé & Travail* N° 52, juillet 2005, pp. 24-28.

DAVEZIES Philippe (2005), « Souffrance au travail, le risque organisationnel » , in *Soins cadres* N°54, mai 2005, pp. 24-27.

DAVEZIES Philippe (2005) ,« Les impasses du harcèlement moral », in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 33-36.

DAVROGNE Christian, NOYE Didier (2000), *Organiser le travail pour qu'il soit formateur*, éditions INSEP, Paris, 204 p.

DEJOURS Christophe (1998), « Les troubles mentaux liés au travail », in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp. 64-77.

DEJOURS Chritophe (1981), *Travail, usure mentale*, Paris, éditions Bayard, 150 p. (2e édition, 1993).

DEJOURS Christophe (1989), « Travail et santé mentale : de l'enquête à l'action », *Prévenir* N°19, pp.3-19.

DEJOURS Christophe (1995), *L e facteur humain*, Paris, édition PUF, collection « Que sais-je ? », 128 p. (4e édition, 2005).

DEJOURS Christophe (1998), *Souffrance en France*, Paris, éditions du Seuil, 225 p.

DEJOURS Christophe, DESSORS D., POLINIER P. (1995), « Comprendre la résistance au changement », *Archives Maladies Professionnelles*, pp. 112-117.

DE LA GENARDIERE (1992), « Les groupes de parole, parlons-en ! Apports et limites d'une pratique émergente », *Gestion hospitalière*, Suppl. au n° 321, pp. 45-49.

DELAVAULT Isabelle (2005), « Regard d'un cadre médico-technique de « passage » sur la souffrance des soignants », in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 27-28.

DELMAS Philippe, MAYRAND Martine et al. (2006), *Sortir du management panique*, Tome 1, "Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe", Reuil Malmaison, éditions Lamarre, 248 p.

DELMAS Philippe, MAYRAND Martine et al. (2006), *Sortir du management panique*, Tome 2, "Le savoir et l'art de décider",Reuil Malmaison, éditions Lamarre, 198 p.

DELPLANQUE Régine (2005), « Organisation du travail et nouveaux risques pour les salariés », in *Soins cadres* N°54, mai 2005, pp.20-22.

DEVIN Bernard, JOUVENOT Christian, LINQUIER Nathalie, SCHAAP Laurence (Coordinateur) (1998), "De la formation à la "trans-formation". Dossier", in Travail et Changement, N° 237, pp. 9-16

DUQUETTE André, DELMAS Philippe (2001), « Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ? », *in Soins cadres* N°40, novembre 2001, pp.63-65.

ESTRYN-BEHAR Madeleine (1997), *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, éditions Estem, 245 p.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, POINSIGNON Henri (1989), *Travailler à l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault éd., 189 p.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, FOUILLOT Jean-Pierre (1990), « Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins », in *Documents pour le médecin du travail* (INRS) N° 42, pp.131-144.

FERNAGOU-OUDET Solveig (2005), « Organisation du travail et développement des compétences : le cas des organisations qualifiantes », in *Personnel*, vol. 462, septembre 2005, pp. 64-65.

FRAISSE Stéphane, ROBELET Magali, VINOT Didier, (2003), « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », in *Revue française de gestion* 2003/5, N° 146, pp. 155-166.

FRANCESCHI-CHAIX Catherine (1992), "Le syndrome de burn-out. Étude clinique et implication en psychopathologie du travail" (Thèse de médecine présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Limoges en octobre 1992) , in *Recherches en soins infirmiers*, N°32, mars 1993, pp. 5-60.

FREUDENBERGER Herbert J. (1974), Staff burn out, in Journal of social issues, 30, 1, pp.159-165.

GOLLAC Michel (interview de Véronique MERLIN) (2005), "Des coopérations nécessaires, mais de plus en plus difficiles", in *Santé et Travail* N°52, juillet 2005, pp. 28-30.

HESBEEN Walter (2005), "Quête de sens et souffrance dans les pratiques professionnelles", in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 24-26.

HEES Marc (2000), "Changements et résistances", in *Perspectives soignantes* N°7, avril 2000, pp. 52-62.

HOLCMAN Robert (2002), "Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent", in *Gestions hospitalières*, décembre 2002, pp. 785-794.

HOFFMAN Axel (2005), "Qestions réponses sur le burn out" in *Santé conjuguée*, N°32, avril 2005, pp.84-93.

KALIMO Rija (1998), « Facteurs psychosociaux et santé des travailleurs : une vue d'ensemble », in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé,*

sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp. 3-8.

KALIMO Raija, MEJMAN Théo (1998), « Les réactions psychologiques et comportementales au stress professionnel », in Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp.23-35.

KOCH Pierre (1999), « Entreprise qualifiante et entreprise apprenante : concepts et théories sous-jacentes », in *Education Permanente*, n° 140, pp. 61-81.

LANZA Danièle, BERTHOUD Marianne, DOUCHAMPS Liliane (2002), « Nature et complexité du travail soignant au quotidien », in *Perspectives soignantes* N° 14-15, septembre-décembre 2002, pp.269-279.

LASSAUNIERE Jean-Michel. (1996), « L'angoisse et la souffrance face au modèle organisationnel hospitalier », in JASMIN Claude, Lévy Jay-A., Bez Gabriel, (1996), *Cancer Sida… la qualité de la vie*, Paris, Editeur Synthélabo Groupe, Collection les empêcheurs de penser en rond, pp. 105-113.

LAZARUS Richard S. (1998), « Vulnérabilité et résistance individuelles au stress psychologique », in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp. 127-133.

LE BOTERF Guy (2003), *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation, 563 p.

LE BOTERF Guy (2005), « Gestion des compétences – Définition, nécessité, faisabilité... », in Gestions hospitalières, N°451, décembre 2005, pp. 772-776.

LE BOTERF Guy (2007), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, éditions Eyrolles, 271 p.

LE GOFF Jean-Pierre (1996), *Les illusions du management*, Paris, éditions La Découverte, 163 p.

LEJEUNE Colette (2002), « Les écarts théorie/pratique sont-ils formateurs ? », in *Perspectives soignantes* N° 14-15, septembre-décembre 2002, pp. 235-240.

LERT François, MORCET Jean-François (1997), « Organisation du travail; stress et épuisement professionnel chez les infirmiers exerçant à l'hôpital. Identification des situations à risque. » (extraits) in *Bulletin signalétique de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins*, janvier 2001, pp.10-36.

LEVI Lennart (1998), « Définitions et aspects conceptuels de la santé en milieu professionnel », in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp. 9-14.

LEVI Lennart (1998), «Ajustement du travail aux capacité et besoins des êtres humains : améliorations dans le contenu et l'organisation du travail», in *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*, sous la direction de KALIMO Raija, EL-BATAWI Mustafa, Carry L. COOPER, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1988, pp. 168-184.

LHUILIER Dominique (2006), *Clinique du travail*, Ramonville, éditions Eres, 248 p.[2]

LORIOL Marc (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être* , Paris, éditions Anthropos, 300 p.

LORIOL Marc (2005), « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », in *Santé conjuguée*, N°32, avril 2005, pp. 39-43.

LORIOL Marc (2005), « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières hospitalières », in *Santé conjuguée*, N°32, avril 2005, pp. 52-62.

LORIOL Marc, WELLER Jean-Marc (2005), « La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires d'une association d'aide aux malades du SIDA (AIDES). Contôle de soi et juste distance au malade. », in *Santé conjuguée*, N°32, avril 2005, pp. 44-51.

MARTINET Alain Charles. (2007), *Sciences du management. Épistémique, pragmatique et éthique*, Paris, Vuibert, 309 p.

MAURANGES Aline (2007), « Le syndrome d'épuisement professionnel, une réalité de plus en plus fréquente », in *Revue de l'infirmière*, N° 128, mars 2007, pp. 12-15.

MAYRAND LECLERC Martine, VIENS Chantal, LAVOIE-TREMBLAY Mélanie, BRABANT Frédéric (2005), « Pour un environnement psychosocial optimal du travail des gestionnaires infirmiers », in *Soins cadres* N°54, mai 2005, pp. 48-57.

MEIGNANT Alain. (2006), *Manager la formation*, Reuil-Malmaison, Editions Liaisons, 446 p.

MOLLO Vanina, SAUVAGNAC Catherine (2006), *La décision médicale collective*, Paris, L'Harmattan, 236 p.

NYHAN Barry, CRESSEY Peter, TOMASSINI Massimo, et al. (2004), *Relever le défi*

des organisations apprenantes, volume I « Grands enjeux : une perspective européenne », Office des Publications Officielles des Communautés Européennes (Cedefop Reference series 50-I), 114 p.

NYHAN Barry, KELLEHER Michael, CRESSEY Peter, POELL Rob (sous la direction de), (2004), *Relever le défi des organisations* apprenantes, volume II « Recueil de contributions européennes », Office des Publications Officielles des Communautés Européennes (Cedefop Reference series 50-II) 322 p.

OLRY Paul (1998), « Entreprise apprenante et formation, quelles pratiques développer ? » , in *Actualité de la Formation Permanente*, N° 154, juin 1998, pp. 65-71.

PACCAUD Ursula (2000), « La santé des soignants. Quelle prise de risques pour le management ? », in *Perspectives soignantes* N° 7, avril 2000, pp. 93-106.

PAGEAU Sandrine (2003), « Les infirmières épuisées sont-elles bonnes à jeter ? » in *L'Infirmière magazine*, N°185, septembre 2003, pp. 43-45.

PRONOST Anne-Marie, DELMAS Philippe (2005), « Santé au travail des infirmières, le concept de stress coping », in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 37-41.

PRONOST Anne-Marie, DELMAS Philippe (2005), «Contre les effets du stress, la hardiesse», in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 42-46.

QUERUEL Nathalie (2008), « Un rapport sur le stress mais sans le travail »in *Santé & Travail*, N° 62, avril 2008, pp. 6-9.,

RICOEUR, Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 442 p.

RICOEUR Paul (1996), « Les paradoxes de l'identité » in *Information Psychiatrique*, N°3, pp. 15-17.

RICOEUR Paul (2004) - *Parcours de la reconnaissance, trois études*, Paris, éditions Stock, Collection Essais, 386 p.

ROBITAILLE Irène (2000), « Les implications et les risques de la compassion dans les soins », in *Perspectives soignantes* N°7, avril 2000, pp.63-80.

ROBITAILLE Irène (2002), « Oui des infirmières si...», in *Perspectives soignantes* N° 14-15, septembre-décembre 2002, pp. 73-82.

ROUMIER Claudine (1998), « Sida : la souffrance du soignant », in *Objectifs soins*, N°65, juin 1998, pp. 33-36.

SONTAG Michel, VAUDELIN Jean-Pierre (2006), « La compétence collective », in *Gestions hospitalières*, avril 2006, pp.270-274.

STORDEUR Sabine (2005), « Attractivité, « rétention », implication des infirmières et qualité des soins », in *Soins cadres* N°54, mai 2005, pp. 36-41.

SYLVAIN Hélène (2005), « L'empowerment dans le travail des infirmières, un concept d'intérêt », in *Soins cadres* N°55, août 2005, pp. 47-51.

THIONVILLE René, GILBERT Patrick (2000), « Fonction d'encadrement et de développement de la compétence dans les organisations » in BERNAUD Jean-Claude et LEMOINE Claude (sous la direction de) (2000), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, éditions Dunod, 484 p.

THOMAS Didier, BOUCLET Maryse (1999), *L'organisation du travail et la formation*, éditions Groupe Liaisons, Collection Agir sur, Paris, 113 p.

TOURETTE-TURGIS Catherine (1996), *Le Counselling*, Paris, éditions PUF, Collection « Que sais-je ? », 126 p.

TRUCHOT Didier (2004), *Épuisement professionnel et burnou*t, Paris, éditions Dunod, 280 p.

VEZINA Michel, AINT-ARNAUD Louise (1996), « Du stress à la santé mentale au travail », in *Psychologie du travail et des organisations*, Vol. 2, N°1-2, 1996, pp. 125-136.

VIENS Chantal, LAVOYE-TREMBLAY Mélanie (2002), « Place à une nouvelle génération d'organisation du travail infirmier », in *Perspectives soignantes* N° 14-15, septembre-décembre 2002, pp. 152-162.

VIENS Chantal, BERGEVIN Angèle, LAVOIE-TREMBLAY Mélanie (2005), « Quand les soignants participent à l'organisation des soins », in *Soins cadres* N°54, mai 2005, pp. 42-47.

VINCENT Jean (2002), « Le développement personnel, un faux ami, », in *Pour* , N°176, pp. 42-44.

WARNET Sylvie (2007), « Approche pratique de l'épuisement professionnel », in *Revue de l'infirmière*, N°128, mars 2007, pp.16-17.

WARNET Sylvie (2007), « Prévenir et soigner l'épuisement professionnel », in *Revue de l'infirmière*, N°128, mars 2007, pp. 18-23.

ZARIFIAN Philippe. (2001), *Le modèle de la compétence*, Paris, éditions Liaisons, 130 p.

ZARIFIAN Philippe (2003), *À quoi sert le travail ?* , Paris, La Dispute, 187 p.

Sites Internet :

http://www.presst-next.fr/presst/publication_en_francais.html Site des publications relatives à l'étude presst-next et aux travaux ultérieurs.

http://www.has-sante.fr/ Site de la Haute Autorité de Santé permettant l'accès à de nobreux rapports sur le monde hospitalier et les problématiques de santé publique. Notons la publication en avril 2008 du rapport BERLAND Yvon, MAFFIOLI Claude (recommandation pilotée et coordonné par) RUMEAU-PICHON Catherine (travaux conduits sous la responsabilité de) - « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », Haute Autorité de Santé (HAS), avril 2008.

http://www.sante.gouv.fr/ondps/ Site de l'Observatoire national des professions de santé riche en rapports et documentations sur les évolutions démographiques et techniques des professions de santé.

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156/index.shtml Site de La documentation française où sont consultables les rapports publics, en particulier, le « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » remis par Philippe NASSE et Patrick LEGERON à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, le 12 mars 2008.

http://www.chu-rouen.fr/ Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

http://www.aderest.org/ Association pour le Développement des Études et Recherches Épidémiologiques en Santé Travail.

http://www.afsset.fr/ Agence française de sécurité sanitaire et de l'environnement et du travail.

http://www.anmtph.fr/ Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux.

http://www.inrs.fr/ Institut National de Recherche et de Sécurité.

http://www.invs.sante.fr/ Institut national de veille sanitaire.

http://www.anact.fr/ Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

http://www.istnf.fr/ Institut de santé au travail du nord de la France.

http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/ Site du Ministère du travail.

http://www.sfhh.net/ Société Française d'Hygiène Hospitalière.

http://www.hesa.etiui-rehs.org/fr Institut syndical européen pour la Recherche, la Formation et la Santé et Sécurité

http://www.osha.europa.eu/ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

http://www.fuss.ca/ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

http://www.aqhsst.qc.ca/ Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail

ANNEXES

- **annexe 1 : Maslach Burn out Inventory**
- **annexe 2 : Guide d'entretien**
- **annexe 2 : Transcription des entretiens**

Annexe 1

Maslach Burn out Inventory (MBI)

ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
2 Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
3 Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
5 Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
6 Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
7 Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
8 Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
9 Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
10 J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
11 Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
12 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
13 Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
14 Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
16 Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
17 Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
18 J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19 Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
20 J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
21 Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
22 Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
23 J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : questions 1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 8 ; 13 ; 14 ; 16 ; 20.

Degré de burn out :

- Total inférieur à 17 = bas
- Total compris entre 18 et 29 = modéré
- Total supérieur à 30 = élevé

DÉPERSONNALISATION : questions 5 ; 10 ; 11 ; 15 ; 22.

Degré de burn out :

- Total inférieur à 5 = bas
- Total compris entre 6 à11 = modéré
- Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL : questions 4 ; 7 ; 9 ; 12 ; 17 ; 18 ; 19 ; 21.

Degré de burn out :

- Total supérieur à 40 = bas
- Total compris entre 34 et 39 = modéré
- Total inférieur à 33 = élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Si vous avez obtenu :

➔ Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous vous sentez épuisé(e) professionnellement en ce moment ;

➔ Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

Annexe 2

Le guide d'entretien

Master professionnel Ingénierie et Conseil en Formation – année 2007/2008

Entretiens réalisés dans le cadre du mémoire :
« L'ingénierie de formation face à l'épuisement professionnel dans le domaine du soin.
Étude du milieu infirmier en structure hospitalière.»

Guide d'entretien

Panel

Infirmières en service hospitalier.

Nombre : 10

Je pars du point de vue que toute personne est susceptible d'être confrontée à l'épuisement professionnel. C'est pourquoi, les seuls critères retenus sont les suivants :

- ✔ Exercer le métier d'infirmière au sein d'une structure hospitalière ;
- ✔ Avoir le DE (diplôme d'Etat) depuis au moins 2 ans.

Présentation

Étudiant en Master professionnel Ingénierie et Conseil en Formation, je travaille sur un mémoire de fin d'études dont le thème est l'ingénierie de formation et la prévention de l'épuisement professionnel dans le domaine du soin. C'est pour mener à bien ce travail de recherche, que j'ai besoin de réaliser des entretiens d'une durée comprise entre 45 et 60 minutes. L'anonymat est évidemment garanti par un code de déontologie du travail de recherche. L'entretien va porter principalement sur l'exercice de votre métier, la relation au patient, le travail en équipe et l'épuisement professionnel. Certaines questions peuvent demeurer sans réponse, c'est tout à fait possible. Si cela ne vous dérange pas, je souhaite enregistrer notre entretien afin d'en faciliter le travail de retranscription.

Questions

Le travail infirmier

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail, votre fonction, vos missions ?
Qu'est-ce qui vous donne le plus de satisfaction dans votre travail ?
Dans une journée de travail, qu'est-ce qui est le plus pénible ou difficile à vivre ?

La relation au patient

Quelles sont les attentes des patients et de leurs familles ?
Ces attentes vous semblent-elles en adéquation avec votre fonction ?

Qu’entendez-vous par l’expression « prise en charge globale du patient » ?
Quelle est la part du collectif dans la prise en charge du patient ?

Travail d’équipe et coopération

Pouvez-vous me décrire l’organisation du travail dans votre service ?
Comment fonctionne le travail en équipe ?
Quels en sont les moments importants ?
Quel est l'intérêt principal du travail en équipe ?
(continuité des soins, prise en charge globale du patient...)
Pouvez-vous me donner un ou des exemple(s) de coopération ?
Pourriez-vous continuer à travailler dans un service où le travail en équipe serait vraiment insatisfaisant ?

Environnement et conditions de travail

Avez-vous le sentiment d’une surcharge de travail ? Est-elle physique ou psychique ?
Quel est le plus difficile : assumer une surcharge de travail physique ou psychique ?
Dans une journée de travail le temps de parole et d'échange vous semble-t-il suffisant ?
Vous sentez-vous parfois ou dans certaines situations isolée ?
Disposez-vous de suffisamment d'autonomie ?
Pensez-vous que votre travail est reconnu ?
Épuisement professionnel

Qu'est-ce que, pour vous, l'épuisement professionnel ?
Établissez-vous une relation entre l'épuisement professionnel et la charge émotionnelle dans le cadre de la relation aux patients ?
Établissez-vous une relation entre l'épuisement professionnel et le travail en équipe ?

Formation

L'épuisement professionnel (ou le burn out) a-t-il été évoqué lors de votre formation en IFSI ?
Allez-vous régulièrement en formation ?
Quelles formations avez-vous suivies ?

Fin de l’entretien

Nous arrivons à la fin de cet entretien, si vous avez une remarque à faire sur les questions posées, ou son déroulement, ou si vous souhaitez ajouter quelque chose sur votre travail, les conditions dans lesquelles vous l'exercer ou d'autres aspects, je vous invite à le faire.

Annexe 3

Les entretiens

(réalisés entre le 25 juin et le 17 juillet 2008)

Entretien 1 (45 minutes)

Infirmière en école de cadre. Diplôme d'Etat obtenu en 1986.

- En quoi consiste votre travail, vos missions ?

- Moi actuellement, je suis étudiante cadre, je suis rentrée à l'IFTS en septembre dernier, mais j'ai un cursus d'infirmière. Je suis infirmière diplômée depuis 1986, donc quelques années d'exercice. J'ai exercé dans différents milieux, mais essentiellement en médecine, et plutôt un parcours en gériatrie, auprès des personnes âgées.

Les soins relationnels sont, dans mon expérience en gériatrie, très importants parce qu'effectivement on passe beaucoup par le relationnel pour expliquer, mais aussi pour faire participer les patients aux activités de soins. Ce qui est aussi très important, ce que j'ai toujours mis en avant, c'est le travail en équipe. Moi, je ne considérais pas travailler à

l'hôpital en tant qu'infirmière toute seule dans mon coin. C'est vraiment, par définition, le milieu où il faut travailler ensemble. Depuis 23 ans, c'est toujours l'objectif que je me suis fixé.

Travailler ensemble, ça veut dire aller au-devant des demandes au sein de l'équipe, mais également construire des choses ensemble. La prise en charge du patient, on ne la fait pas seule en tant qu'infirmière. On intervient à un moment donné dans la journée, mais on sait très bien que, si on fait, par exemple, une prise de sang à telle heure et on donne les médicaments à telle heure, on sait très bien que entre deux va forcément intervenir l'aide soignante, l'ASH, le médecin, la kiné, la diététicienne. On n'est pas tout seul. La prise en charge du patient, il faut bien comprendre que c'est une globalité en fait. Moi, j'ai toujours travaillé comme ça, et je dirai même vraiment travaillé en collaboration, en proximité, avec essentiellement les aides-soignantes, mais également avec les ASH et avec les médecins. Tout dépend comment on se positionne dans sa fonction : est-ce qu'on veut, est-ce qu'on vient travailler en se disant je ne fais que mon travail et grosso modo c'est tout, ou est-ce que je viens pour contribuer un peu à une ambiance de travail et essayer de faire avancer les choses.

Moi, je sais que si je peux suivre une visite avec le médecin, je suis très contente de pouvoir la suivre, parce que ça me permet de comprendre des choses, de savoir ce que le médecin dit au patient. Parce que, des fois, il y a un décalage entre ce qui se dit, ce qui se comprend, ce qui n'est pas dit, ce qu'on pense avoir fait comprendre au patient. Et, finalement, nous en repassant après, on s'aperçoit que le patient n'a pas compris les deux-tiers de ce que le médecin lui avait dit.

On doit comprendre, arriver à se situer, retransmettre les informations : pourquoi le choix de telle prescription ou pourquoi on arrête tel ou tel soin, il faut pouvoir l'expliquer à l'équipe. En tant qu'infirmière, quand on suit la visite, c'est plus facile parce que l'on a une explication. M ais si on relève une prescription sur une feuille de prescription médicale, des fois, ça ne nous parle pas, on se dit « Tiens, pourquoi ils ont arrêté ça ? », alors que finalement, en amont, il y a eu une explication. Ça peut être suite à des résultats d'examens ou pour d'autres raisons mais on doit pouvoir faire le lien entre les choses pour retransmettre aux équipes les choix qui sont pris et les orientations.

C’est vrai qu’en gériatrie, on a souvent été confronté à des personnes en fin de vie ou des situations un peu délicates : pourquoi du jour au lendemain on abandonne tout ? Il faut savoir l’expliquer. Parfois on ne comprend pas tout de suite, mais en même temps, je pense que c’est très enrichissant parce que ça nous fait réfléchir sur nos valeurs. On se dit « Mais pourquoi il arrête tout là ? » Des fois, il y a un décalage entre les décisions prises et ce que les équipes vivent au quotidien, parce que nous, soignants, on est plus près du patient et de son entourage. On est au-devant des questions et parfois on se dit « Pourquoi les médecins n’entendent pas ces choses là ? ». On est amené à faire le lien entre les patients, les familles, les médecins, les questions et les décisions des uns et des autres, mais très honnêtement, moi, bien se situer, se positionner, c’est un travail qui m’a toujours plus.

- Qu’est-ce qui vous donne le plus de satisfaction dans votre travail ?

- Tout, parce que moi je suis quelqu’un de plutôt optimiste. Est-ce que c’est parce que j’ai travaillé dans des services lourds, parce que j’ai eu une expérience de nuit ? J’ai travaillé presque sept ans de nuit. C’est une expérience supplémentaire que je ne regrette pas parce que ça m’a aussi donné une certaine conception de mon travail, l’importance de la continuité des choses. Moi, je suis dans cette logique là. Très honnêtement tout me satisfait. J’ai travaillé plus de treize ans en gériatrie, j’avais des collègues qui me disaient « Mais attends, tu n’en as pas marre d’être avec des déments, des gens qui crient toute la nuit, qui n’arrêtent pas d’uriner, de faire des saletés, tout ça ? ». Mais, je dis non parce que professionnellement, je n’étais pas fatigué de ça.

C’est vrai que des fois, physiquement, moralement, on en a marre. Quand on va recoucher un patient dix fois dans la nuit, la dixième fois, je vous avoue qu’on en a un petit peu marre. Mais en même temps, il faut se remettre dans le contexte : c’est un patient dément qui n’a plus la même perception dans le temps, qui ne sait plus se repérer. Il faut savoir expliquer au patient, ne pas perdre patience non plus, nous, en tant que soignant ce qui peut arriver quand on a des problèmes à côté, des fois ça peut interférer.

Moi, j’ai toujours eu comme règle de fonctionnement de ne pas mélanger la vie privée et la vie professionnelle. C’est, à mon avis, un des principes pour pouvoir avancer. Tout le monde a des problèmes, tout le monde a des soucis à l’extérieur comme à l’intérieur de son travail.

Même si je suis satisfaite, il y a des moments où effectivement des décisions ou des conflits d'équipe ne me satisfont pas.

Il m'est arrivé de ne pas être d'accord avec une décision prise, par exemple, vis-à-vis d'une collègue, des choses qui avaient été dites. Mais, je pense qu'il faut savoir aussi se détacher de tout ça, ne pas s'investir trop dans les conflits personnels. Non pas que je sois inhumaine, non pas que je ne sois pas sensible, mais il faut aussi prendre du recul dans beaucoup de situations. Ça vient avec l'expérience.

C'est vrai que j'ai eu une expérience de faisant fonction de cadre et en tant que cadre, on ne peut pas rentrer dans toutes les histoires de tout le monde. C'est impossible, parce que si on veut respecter des valeurs comme l'équité, la confiance et tout ça, on ne peut pas s'investir dans tout. On est là pour entendre et écouter les choses. Moi, j'ai entendu et écouté plein de choses, mais j'ai aussi gardé tout ce que l'on m'a confié et je crois que la valeur elle se construit aussi petit à petit. Les gens nous perçoivent aussi petit à petit comme ça. Moi, je suis plutôt quelqu'un de serein, qui apaise, et je suis très contente quand certaines collègues me disent « Ah, c'est bien, c'est toi, ça va bien se passer », parce que c'est rassurant l'image qu'elles me renvoient.

Je me souviens d'une collègue infirmière qui venaient d'un service de long séjour où il y avait peut-être un peu moins de soins techniques. Moi, j'étais en médecine gériatrique où il y avait des soins un peu plus techniques. Elle était complètement paniquée lorsqu'il fallait mettre une seringue auto-pousseuse ou d'autres soins un peu plus techniques. Elle me disait « Ah Sylvie, Sylvie, viens vite m'expliquer », et je lui répondais « Ne t'inquiète pas, on va y arriver ». Avec une aide-soignante, c'est pareil. Quand une aide soignante a un mal fou à faire la toilette à un patient parce qu'il s'oppose ou qu'il est rétracté, je propose mon aide. Tant pis si mon tour n'est pas fini à huit heures et demie, il sera fini à neuf heures moins le quart, mais un quart d'heure attribué à une collègue au moment d'une difficulté, c'est pas grave. Le travail en collaboration pour moi, c'est ça, et c'est satisfaisant si dans une journée, on arrive à faire ça l'esprit serein.

Dans tous les services où je suis passé, il y a toujours eu cette satisfaction au travail. Bien sûr, il y a des jours où ça ne va pas, où je ne suis pas en forme, comme tout le monde. C'est inévitable. Il y a des jours où on vient et on est un peu grippé, on a mal à la tête. On a toutes, à

certains moments, nos raisons de ne pas être bien. Mais, ça n'a pas à transparaître dans le quotidien du travail. Moi, c'est mon point de vue. J'ai fonctionné comme ça pendant plus de vingt ans et je ne le regrette pas au jour d'aujourd'hui, parce que si j'en suis là, c'est peut-être aussi par mon attitude, mon positionnement.

- Et à l'opposé de la satisfaction, qu'est-ce qui par contre est plus difficile à vivre éventuellement ?

- Le plus difficile à vivre, c'est les situations que l'on n'arrive pas à résoudre. Dans le quotidien, c'est le patient qui meurt, c'est la famille qui n'est pas contente, c'est les équipes qui n'arrivent pas à mettre en place des projets d'équipe qui sont parfois un peu différents des projets de service. En tant que soignant, avec la proximité aux patients, on voit les choses dans le quotidien. On est pris dans le quotidien, la charge de travail, la lourdeur des soins, le temps qui passe, et on se dit qu'on aura pas encore tout fait. On aurait voulu passer plus de temps pour telles ou telles choses et finalement, on est pris par le temps, et il faut quand même faire ce qu'il y a à faire. Des fois, il y a des urgences. Quelqu'un qui fait des compensations cardiaques et puis on y arrive pas, on est tout seul. Je me rappelle, de nuit notamment, on avait reçu une femme assez jeune qui venait des urgences et elle nous avait fait une embolie pulmonaire une heure après être arrivée dans le service. On n'était pas très bien nous, parce qu'elle venait des urgences, elle avait était entourée, elle monte chez nous et elle fait une embolie. L'interne de garde n'était pas sur place, le temps qu'il arrive, on a essayé de gérer au mieux. Mais, malgré tout, cette dame est décédée. Après, nous, on avait les familles : quoi expliquer, quoi dire ?

Des fois, on est pas satisfait effectivement parce qu'on se dit « si on avait… », mais avec des « si », on fait beaucoup de choses. Je ne dis pas qu'il faut être fataliste. Il faut se donner les moyens de tout pouvoir mettre en œuvre, mais il y a des fois où malgré tous les moyens qui sont mobilisés, on n'y arrive pas.

Dans n'importe quelle situation, c'est pareil. Par exemple, devant l'absentéisme récurrent de certains personnels, il faut faire face au quotidien. Il nous manque tant de personnel, c'est pas grave. Moi, mon positionnement en tant que faisant fonction de cadre, c'est d'expliquer les choses. Quand il y a, sur un effectif d'aide soignante, un quart d'absentes, c'est impossible de faire un planning cohérent et d'arriver à mettre du monde partout. Donc, on sollicite des aides

à côté qu'on n'a pas toujours. On sollicite la bonne volonté des gens qui sont encore présents, mais on sait très bien qu'au bout d'un moment, à force de tirer sur la bonne volonté, ça craque. Alors une autre solution, c'est de participer soi. Et moi, je peux vous dire qu'en tant que fonction de cadre, ça ne m'a pas dérangé de brancarder des patients ou de faire une sortie de malade. C'est ça aussi, c'est l'implication. Ce n'est pas une question de grade.

Quand il y a vraiment une surcharge de travail, une lourdeur, une urgence, il faut que tout le monde se mobilise. Et, en général, très honnêtement, c'est ce qui se passe. On sait très bien qu'il y a des périodes difficiles à passer, parce que les gens en ont ras-le-bol. Alors justement, il faut - c'est notre côté peut-être un peu dynamique- en tant que soignant et en tant qu'encadrant, se positionner. Il ne faut pas être fataliste, dire « Ah, c'est comme ça, on n'y peut rien, il faut faire avec », ce n'est pas la bonne attitude à avoir. Moi, pour moi, la bonne attitude, c'est : « La situation est comme ça aujourd'hui, qu'est-ce qu'on fait ? » Et en tant que soignant, on fait une heure ou deux de plus. Je ne vais pas compter toutes les heures que j'ai faites.

Mais, le contexte professionnel évolue. Il y a vingt ans, on ne comptait pas notre temps. Aujourd'hui, les gens comptent leur temps. Peut-être à raison aussi, parce que l'investissement personnel des agents n'est pas forcément reconnu. Il y a des gens qui disent « Stop, on arrête, après tout, on est payé que pour ça et on ne fait que pour ça ». J'entends tout à fait ce raisonnement là, ce n'est pas un raisonnement que moi j'ai, mais je l'entends tout à fait. Il faut aussi pouvoir entendre les choses. Alors, on peut très bien comprendre. Mais il faut aussi pouvoir dire les choses : quand une collègue s'en va et qu'elle dit « J'ai fini, je m'en vais », on peut lui dire aussi « Attends, tu n'as peut-être pas tout à fait fini ». Je pense qu'on peut aussi se donner le droit de dire à une collègue « Attends, moi je voudrais que tu m'expliques ça, ne t'en vas pas sans me dire ça ».

- Et quelles sont les attentes que vous percevez de la part des patients ?

- Ce que les patients nous demandent, c'est qu'on soit plus près d'eux. En gériatrie, en gros, ce qui est important, c'est le relationnel, c'est la présence autour des patients. Je les comprends parce que ce qu'elles voient, les personnes âgées, c'est qu'elles sont plus près de la mort que de la vie quelque part. Elles m'ont appris qu'il faut vraiment profiter de tous les

instants. Elles ont l'impression, non pas qu'on ne s'occupe pas d'elles, mais qu'on le fait beaucoup trop vite. On est pris par des choses qui ne sont pas forcément plus importantes, mais par le quotidien des choses et la répétition des choses. Mais, ça dépend aussi de comment on s'organise dans son travail. Est-ce qu'on veut faire toutes les chambres, les unes après les autres, sans vraiment s'investir, ou est-ce qu'on prend plus de temps avec madame X parce que madame X, ce jour là n'est pas bien ; elle est déprimée ; on la sent un peu tristounette ; elle n'a pas envie de nous parler.

Ils attendent beaucoup ça, une présence des soignants, mais ils attendent aussi qu'on leur explique un petit peu leur maladie et ce qu'on va leur faire. Dans beaucoup de services, le médecin passe, mais il n'explique peut-être pas assez. Il explique mais avec ses mots à lui, et ce n'est peut-être pas les mots que le patient comprend. Nous en tant que soignant, on a besoin de ré-expliquer au patient, de ré-expliquer à la famille. Et ça, c'est très demandeur de temps. On ne peut pas arriver dans une chambre et dire : « Je vous pose une perfusion ». Le patient est en attente d'explication et c'est tout à fait normal. C'est quand même le patient qui est au centre du soin.

- Est-ce qu'il y a des attentes qui vous semblent ne pas être en adéquation avec votre fonction ?

- Oui, par exemple, quand il y a des pronostics graves, des choses graves à dire. Là, c'est difficile de se positionner parfois en tant qu'infirmière. Il y a ce que l'on sait, mais qu'on n'est pas autorisé à dire, parce qu'il y a des choses qui sont de la compétence médicale. Cette frontière entre ce qu'il faut dire et ne pas dire, parfois, c'est difficile.

Moi, je sais que j'ai toujours respecté les décisions prises par les médecins. Parce que de toute façon, c'est eux qui ont toute l'autorité auprès des patients pour le diagnostic de la maladie, le traitement qui sera mis en place, pour proposer les choses. Nous, en tant qu'infirmières, on peut ré-intervenir après pour ré-expliquer encore une fois les choses, mais, en gardant bien une réserve par rapport aux termes et aux mots que l'on emploie. Il faut une cohésion d'équipe par rapport à ça : qu'est-ce que l'on va dire, nous, en tant que soignants ? Qu'est-ce que le patient sait ? D'où l'importance de communiquer au sein de l'équipe et l'importance des transmissions.

Il peut arriver que des choses soient dites dans le couloir, je l'ai constaté, « Monsieur Untel, au fait, on lui a trouvé ça ». Il n'y a rien de plus informel qu'une communication dans le couloir. Tout le monde est à l'écoute de tout ça et au niveau de la confidentialité, c'est franchement très, très limite. C'est lors des transmissions, qu'on dit les choses, on fait attention à comment on dit les choses. Régulièrement, il faut dire : « On a appris, ce matin, à la visite, que Monsieur Untel avait un cancer. Mais on n'est pas au courant, surtout il ne faut pas en parler, il faut attendre, le médecin doit aller le voir ». Il faut régulièrement redire les choses et à tout le monde.

Les transmissions, c'est un moment où l'équipe, infirmières, aide-soignantes et parfois ASH sont présentes. Tout le monde entend les mêmes choses, mais tout le monde n'intégrera pas les mêmes choses. Il y en a qui vont entendre seulement le début de la phrase, d'autres qui ne vont entendre que la fin. Et le problème, c'est que les choses sont vite répétées mais pas toujours telles qu'elles ont été dites lors des transmissions et c'est vrai que c'est difficile parfois de trouver la limite entre ce que l'on doit dire et ne pas dire.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- Alors pour moi l'épuisement professionnel, ça dépend des catégories professionnelles. Il y a des métiers beaucoup plus physique, d'autres où la charge mentale est plus importante. Par exemple, si on prend la catégorie des aides-soignantes, par rapport à la pénibilité de leur travail et à la manipulation des patients, la fatigue physique est très présente. Une aide-soignante qui a travaillé dix ou quinze ans en gériatrie, moi, je comprends qu'elle soit épuisée, fatiguée, parce qu'il faut voir quand même les manipulations.

Il y a des services plus lourds que d'autres, c'est inévitable. Entre un patient qui est autonome, qui vient pour une intervention programmée et ressort le soir, à qui on a juste un repas à servir mais qui se débrouille pour manger, et entre un bâtiment de gériatrie où il faut assister les patients du matin jusqu'au soir y compris la nuit, c'est quand même pas la même charge de travail.

Après, il y a aussi une fatigue morale, parce que effectivement, le contact avec la maladie quotidiennement, même si on a la capacité de prendre du recul pour certaines choses comme je pense pouvoir le faire, quand on voit mourir des gens tous les jours, parfois plusieurs dans

la nuit comme ça peut arriver en gériatrie, je peux vous assurer que moralement, au bout de la nuit, on rentre chez soi, on est lessivé. Je me rappelle de trois décès dans une nuit, ce n'est pas possible, trois décès. Qu'est-ce qu'on a fait ? Ce n'est pas normal. C'est pas satisfaisant. Je n'ai pas eu d'expérience en pédiatrie, mais j'imagine que voir des enfants mourir en pédiatrie, moralement, au bout d'un moment, ça doit être impossible à gérer. L'impuissance face aux choses est difficile. En tant que soignant, on est là pour soigner les gens et faire du bien aux gens, si l'issue fatale c'est le décès ou une sortie qui est mal organisée ou le patient qui est toujours douloureux, on se dit qu'on n'a pas su prendre en considération ses attentes, ses besoins. On n'est pas satisfait et moralement ou mentalement, on s'épuise parce qu'on on se dit qu'effectivement notre rôle c'est de soigner, mais que l'on ne le fait pas efficacement. Après, je pense qu'il faut positiver et se dire que le peu qu'on amène, c'est toujours ça. Je pense que ça, c'est une bonne façon de se valoriser aussi quelque part.

Mais, je pense aussi que ce qui participe à l'épuisement, c'est tout l'entourage. Il y a les soins directs au patient, mais il y a aussi tout l'entourage et tout le contexte environnemental. Travailler par quart, c'est épuisant. Travailler la nuit, c'est épuisant. On a aussi, même si on en fait abstraction, une vie de famille qu'il faut gérer et il faut compiler tout ça. J'ai quand même travaillé quelques réveillons de Noël ou de l'an à l'hôpital. Quand vous partez, vous avez vos enfants, votre mari au bout de la table, vous vous dites qu'ils vont faire le réveillon sans vous, c'est quand même un peu dur. On l'accepte ou on ne l'accepte pas bien, on ne peut pas faire autrement. Mais, inévitablement, au bout d'un moment, ça a des retentissements sur le mental de chacun. On se dit : « Qu'est-ce que je fais là ? » Des fois, je me dis qu'au bout de vingt ans, je suis encore à l'hôpital, à travailler à l'hôpital, alors que j'aurai peut-être eu l'opportunité de travailler ailleurs, de faire autre chose. Mais, ça dépend de comment on se situe vis-à-vis de son métier et c'est une réponse individuelle. Moi, au jour d'aujourd'hui, je ne suis pas fatiguée, je ne me vois pas autrement que finir ma carrière à l'hôpital. Mais ça dépend des moments de vie de chacun, des rencontres que l'on peut faire, des opportunités.

C'est vrai qu'il y a des moments où on est plus fatigué que d'autres, il faut avoir le ressort pour repartir. J'ai fait pratiquement sept ans de nuit, à un moment donné, j'arrivais de moins en moins à dormir. C'est vrai qu'on est un peu décalé au niveau du rythme. J'avais l'impression de faire trois journées en une. Physiquement, je ne tenais plus debout. Je ne dormais plus que trois heures, donc forcément… Alors je me suis dit : « Stop, là, il faut que j'arrête. Je ne peux pas continuer comme ça, il va falloir que je fasse quelque chose ». Tout

dépend de comment on se positionne à ce moment là : est-ce que l'on se dit « De toute façon, je n'ai pas le choix, il faut que je continue, je ne peux pas faire autrement » et finalement c'est, je ne dis pas que c'est de pire en pire parce que, après tout, il y a des gens qui continuent comme ça et qui s'en satisfont, ou est-ce qu'on se dit « Il faut vraiment que je fasse autre chose et je vais aller voir ailleurs ». Moi, c'est ce que j'ai fait ; je me suis dit : « Pourquoi ne pas envisager une formation pour devenir cadre ? ». Non pas que j'avais fait le tour de ma fonction d'infirmière, j'ai encore plein de choses à découvrir en tant qu'infirmière, mais pour faire autre chose, autrement. Donc ça, c'est une possibilité aussi de pouvoir s'ouvrir vers d'autres voies tout en restant dans le milieu. Moi, c'est ce que j'ai fait.

- Nous allons aborder le domaine de la formation, est-ce que vous êtes allée souvent en formation : une fois par an, plusieurs fois par an, ou ponctuellement ?

- Moi, je suis assez sensible à la formation, c'est dans ma dynamique de travail. Comme je suis quelqu'un qui veut comprendre les choses, qui s'investit dans les actions, dans les groupes de travail, forcément les formations ont eu une place importante pour moi. Mais, tout dépend de ce que l'on entend par formation, ça peut être des formations institutionnelles inscrites au plan de formation, mais ça peut être aussi un groupe de travail à l'intérieur d'un service sur une thématique donnée. Comment se positionner dans la prise en charge des patients si à côté on ne voit pas tout un tas de choses. Par exemple, l'alimentation du dément, l'entourage familial, la présence de l'entourage familial, enfin plein de choses comme ça. D'un sujet obligatoirement, on va vers d'autres, c'est un peu le problème de la formation : quand on va à une formation, il faut en suivre d'autres en général. Ce n'est pas un problème d'ailleurs, mais c'est une dynamique en fait. Pour moi, faire une formation pour faire une formation, ça n'a pas de sens. Il faut que derrière, il y ait un projet, un besoin, une attente. On peut prendre le plan de formation et se dire « Ah tiens ça, ça pourrait …», mais ça n'a pas d'intérêt pour moi de dire « Tiens, je vais suivre ça, ça à l'air bien » si derrière on ne sait pas ce que l'on va en faire.

Moi, je me suis toujours investit dans des formations qui, pour moi, à un moment donné, étaient utiles. Je pouvais les utiliser après soit personnellement pour comprendre des choses, pour m'expliquer des situations, mais aussi, professionnellement, parce qu'il faut comprendre les évolutions de l'hôpital. Par exemple, je me suis beaucoup investit dans les transmissions

ciblées, le dossier de soins. Au jour d'aujourd'hui, c'est des outils qu'on utilise couramment, mais en amont, il y a eu toute une préparation. En vingt ans j'ai vu les choses évoluer. Les transmissions qu'on faisait il y a vingt ans, ce n'est pas celles que l'on fait aujourd'hui. Et il y a encore des choses à venir, on parle maintenant des transmissions informatisées. Il y a des progrès et si on ne se met pas dans la logique de suivre les évolutions, on risque de rester en retrait et alors quelles satisfactions va-t-on trouver dans notre travail quotidien. Si on ne comprend pas les choses, si on ne sait pas pourquoi les choses sont faites, sont décidées, c'est difficile de s'inscrire dans une démarche professionnelle. Moi, je comprends l'intérêt de tout ça, peut-être plus encore aujourd'hui, peut-être que ça m'a aussi un peu orienté vers la fonction cadre. Je ne veux pas dire qu'une ASH ou une aide-soignante n'est pas capable de comprendre, au contraire dans toutes les catégories il y a des gens très dynamiques. Pouvoir proposer à une aide-soignante de suivre une formation sur la collaboration infirmière/ASH, je trouve que c'est très valorisant. Parce que c'est une autre vision du travail. Après cette formation, l'aide-soignante qui l'aura suivie pourrait se dire « Après tout, je ne suis pas toute seule à prendre en charge le patient, je peux solliciter l'aide de l'infirmière, après tout je travaille en collaboration avec elle et ça me permettrait de voir les choses autrement ». La formation pour moi, ça doit amener tout ça. Ça doit permettre de comprendre pourquoi on fait les choses et comment on les fait.

A travers ce que vous dites, il apparaît que la formation est imbriquée finalement dans l'activité professionnelle et en formation il peut y avoir des formations sur site, par exemple, les groupes de travail peuvent s'assimiler à des formations sur site très liées au service dans lequel on exerce et puis des formations qui se font à l'extérieur d e l'établissement ou en salle de formation. Entre les deux modes de formation, quel est celui qui vous semble le plus intéressant, réutilisable dans l'activité professionnelle ?

Les deux sont intéressantes, si on prend les premières, les formations sur site, je dirai que là on est dans le quotidien des problématiques. Si la formation a lieu sur un site, c'est en général en lien avec un problème ou un besoin identifié. Donc là, on est vraiment en contact avec les problématiques, c'est-à-dire que les agents vont pouvoir exprimer quels sont les problèmes, quels sont les besoins, quelles sont les attentes et comment on va pouvoir arriver à monter une action de formation par rapport à ça. C'est comme ça, en général, que se mettent en place les projets, les projets de service, les groupes de travail. Très concrètement, on inclut tout le monde. Par exemple, la sortie d'un patient, comment organiser la sortie d'un patient, c'est une

problématique qui va concerner tout le monde, aussi bien l'ASH, l'aide-soignante, l'infirmière, le cadre, le médecin, tout le monde. Ça peut être une problématique dans un service donné et pas forcément dans un autre service, parce que à un moment donné on a soulevé des dysfonctionnements ou des gens nouvellement arrivés dans la structure nous disent « Tiens, vous faites comme ça, pourquoi vous faites comme ça ? », alors qu'avec les habitudes on ne s'était même pas rendu compte qu'on faisait comme ça depuis des années et on ne s'était pas posé la question. Alors qu'il y a peut-être maintenant d'autres moyens de faire, que les choses ont changé et qu'il faut peut-être refaire une mise au point, réfléchir tous ensemble sur la façon de prendre en charge la sortie d'un patient.

Les formations hors site ou en salle de formation au CHU ou ailleurs, elles ont un autre intérêt, c'est le partage avec des gens qui vont venir d'ailleurs. Finalement on s'aperçoit que nos problématiques, elles ne sont pas forcément isolées, que souvent elles sont partagées par d'autres. Ensemble, on va pouvoir réfléchir, l'échange de différentes pratiques permet aussi de transmettre des choses, entendre ce qui se fait ailleurs peut nous donner des idées. Quand on entend des expériences autres, quand on revient dans son service on se dit « Mais tiens, on a entendu ça, à côté ils font ça, c'est peut-être pas si mal ».

Mais, tout dépend aussi de qui mène les formations. Est-ce que c'est un agent ? En général, les formations sur site ou les groupes de travail, c'est mené par des gens propres au service ou de l'institution. Les formations extérieures, souvent, c'est un apport par un formateur ou un organisme extérieur donc qui n'ont peut-être pas, eux, la vision quotidienne du travail à l'hôpital. Ça, c'est important aussi, parce que, au quotidien, on est dans nos soins, nos problématiques du monde hospitalier. Un formateur qui fait une formation un peu général, mais qui s'adresse à un public hospitalier ce jour-là, et le lendemain s'adresse à un autre public, aura des points de vue différents sur la façon d'aborder les choses et de nous transmettre les choses. Ça peut être aussi un enrichissement. Par exemple, une formation sur la prise en charge du patient faite par un psychologue ou un éducateur pour lesquels les prises en charge sont un petit peu différentes. L'abord du patient, dans notre quotidien de soin, je ne dis pas qu'on fait les choses par automatisme -il y a des entreprises où on fait plus par automatisme que ça quand même-, mais, à l'hôpital, il ne faut pas se voiler la face, il y a aussi des habitudes comme dans beaucoup de secteurs, et je pense que justement l'apport d'expériences autres, dans des domaines complètement différents, ça peut aussi nous permettre de voir les choses autrement.

- Alors on arrive au terme de cet entretien, si vous avez des remarques à faire sur l'entretien, sur les questions ou si vous souhaitez exprimer quelque chose sur votre travail que je n'ai pas suscité par mes questions, je vous invite à le faire.

- Je pense avoir répondu à vos questions. Moi, je vous ai expliqué que même si je suis passé par des services lourds, j'ai toujours su prendre du recul par rapport à plein de choses. Je pense que c'est ça qui m'a aidé à être encore là aujourd'hui. J'en suis bien consciente. Mais, ce n'est pas vouloir mettre un voile sur le fait qu'il y ait de l'épuisement à l'hôpital. Je pense que vous l'avez bien compris, je suis très consciente et même de plus en plus consciente, qu'il y a des gens qui sont épuisés physiquement et moralement à l'hôpital. Mais très honnêtement, la durée de vie de travail à l'hôpital va quand même en augmentant. Moi, au début quand j'ai commencé ma carrière, une infirmière travaillait sept, dix ans maximum à l'hôpital. Aujourd'hui, on s'aperçoit quand même que les infirmières elles vont jusqu'à leur fin de carrière à l'hôpital.

Aujourd'hui, on demande plus, avec de moins en moins de monde. Il faut se perfectionner de plus en plus, être à la pointe de l'outil informatique, des transmissions, des modes de communication qui sont un peu nouveau. C'est aussi à soi, personnellement, de s'investir pour suivre les changements. Parce que, après, on peut avoir des raisons d'être épuisé. C'est ça que je veux dire : tout dépend de comment on s'investit. Voilà.

Entretien 2 (40 minutes)

Infirmier. Diplôme d'état obtenu en 2004.

- Pouvez-vous me décrire votre travail, votre fonction, vos missions ?

- Moi, je suis diplômée depuis 2004, je travaille en chirurgie. Chez nous, c'est la douleur notre souci principal, c'est la douleur des patients. En chirurgie on se charge du patient avant le bloc et après le bloc opératoire. Nous, on n'intervient pas au niveau du bloc. On se charge de la préparation, de l'entrée avant le bloc, et on les revoit après l'opération avec des surveillances post-opératoires jusqu'à la sortie, jusqu'au devenir, à la convalescence qui sera déterminée en fonction de la chirurgie.

- Quelles sont les attentes des patients ?

- Beaucoup d'écoute. C'est clair que, je reviens sur la douleur, chacun perçoit la douleur de façon différente. On a une échelle de valeur analogique, l'EVA, mais un chiffre ça ne veut rien dire, ça nous oriente, mais après, d'un patient à l'autre, chacun va dire une EVA, enfin en gros de zéro à dix. Zéro, c'est pas de douleur, 10 c'est une douleur insupportable. Certains vont dire 6, d'autres patients, eux, vont dire 4 alors qu'ils ont super mal. Alors, on essaie de faire ce que l'on appelle des soins personnalisés. Même si les grandes lignes sont à peu près pareilles pour tout le monde, on essaie un peu de personnaliser, d'adapter en fonction des besoins de chaque patient.

- Et en ce qui concerne les familles ?

- Rassurer les familles par rapport à la situation, car il est clair qu'elles ne le sont pas forcément. Elles sont surprises par rapport aux tuyaux, les drains, tout ça, c'est toujours impressionnant pour les familles et elles ont besoin d'être rassurées. En plus, moi je travaille dans un service où il y a beaucoup de cancéreux, on opère des gens qui ont des cancers du poumon. Le mot cancer déjà fait peur. Donc la famille a besoin d'être rassurée. Avec un poumon, même s'il ne reste plus qu'un poumon, les gens vivent très bien. Rassurer la famille par rapport à ça. En général, ça se passe relativement bien.

- Qu'est-ce que vous entendez par l'expression « prise en charge globale du patient » ?

- Globale, c'est qu'en fin de compte on doit tenir compte de tous les besoins, on voit vraiment le patient de la tête au pied. Que ce soit les besoins, par exemple, au niveau de l'alimentation, l'hygiène, la nutrition, enfin tous les besoins fondamentaux. En étudiant ces besoins là, en fin de compte, on regroupe tout. Oui, il y a l'alimentation, l'hygiène, la douleur, la mobilité. On essaie vraiment de prendre le patient sous toutes les facettes possibles.

- **On parle aussi de prise en charge collective du patient… ?**

- Enfin je dirai plutôt pluridisciplinaire. « Collective », c'est peut-être fort comme terme. Pluridisciplinaire. Je dirai que c'est un travail avant tout d'équipe. L'équipe, c'est des relations avec les médecins, avec les aides-soignants, les services hôteliers, l'assistante sociale, le psychologue, enfin il y a beaucoup d'intervenant. C'est ce que l'on appelle une prise en charge collective, on peut dire ça comme ça, mais le mot « collectif » ne me plaît pas trop, je préfère le mot « pluridisciplinaire ».

- **Alors comment est organisé le travail en équipe, comment ça fonctionne ?**

- Chacun a un rôle. En général, les infirmiers ont un nombre de patients défini. Il y a en général une vingtaine de patients, donc on en a à peu près dix chacun. Après , on gère euh c'est quoi votre question exactement ?

- **Comment fonctionne le travail en équipe, comment ça s'organise, les liens au sein de l'équipe, dans le travail au quotidien ?**

- D'accord. Nous, infirmiers, en général, on est les piliers, parce que c'est nous qui voyons le patient vraiment dans la plus grande globalité. Souvent, on fait les soins constants, les tensions, la température, les pulsations, la saturation, c'est ceque l'on appelle les paramètres vitaux, ça c'est une grande base. Après, il y a tout ce qui est traitement, en fin de compte tout ce qui est soin technique. L'aide-soignant, lui il va gérer tout ce qui est hygiène, donc la toilette, l'aide au repas si besoin. Après, il y a les médecins qui font une visite le matin et une contre-visite l'après-midi. Pendant ce qu'on appelle « notre tour », on voit les patients, le côté technique et l'aide-soignant voit le côté plutôt hygiène et alimentation. Entre-temps il y a la visite du médecin qui passe voir chaque patient. Après la contre-visite de l'après-midi, on

revoit au cas par cas tous les patients et on prend des décisions sur des changements de traitements ou toutes les évolutions de choses et d'autres. Après dans les cas spécifiques, on peut faire appel à l'assistante sociale pour des problèmes x ou y, au psychologue ou au kiné. Ça c'est vraiment personnalisé, c'est en fonction des problèmes des patients. Déjà, à la base, en général, le patient a toujours affaire au moins au médecin, à l'infirmier, l'aide-soignante, le personnel hôtelier. Après, les autres, les intervenants extérieurs, là, c'est vraiment personnalisé en fonction des besoins de chacun.

- Et au niveau des transmissions, qui est présent et comment cela se passe ?

- On appelle ça communément « transmissions infirmières ». C'est nous qui engageons les transmissions. Les aides-soignantes en général sont là, enfin, tout dépend. De nuit par exemple, ça dépend en fin de compte des services. Il y a des services où dans la journée il y a les infirmières et les aides-soignantes et la nuit il n'y a pas d'aides-soignantes. Donc en général, c'est rare qu'on voit les aides-soignantes aux transmissions le soir. Dans l'équipe de nuit, comme il n'y a pas d'aides-soignantes, elles n'ont pas de transmissions à faire. Mais, quand il y des aides-soignantes la nuit, elles sont là aussi. Mais en général, c'est plutôt les infirmiers, des transmissions entre infirmiers. Les aides-soignantes, je dirai qu'elles ne sont pas forcément là tout le temps, enfin elles ne sont pas là forcément là aux transmissions. En général, c'est l'infirmière après qui, vite fait, passe l'info, les choses importantes qui les concernent. En fait, il y a beaucoup de choses au niveau des transmissions infirmières qui ne concernent pas les aides-soignantes, qui concernent plus le devenir, l'administration. Donc c'est rare que les aides-soignantes soient vraiment là pour les transmissions. En général, c'est l'infirmière de l'équipe qui transmet aux aides-soignantes après des points particuliers.

- Dans votre travail, qu'est-ce qui vous donne le plus de satisfaction ?

- Déjà par rapport à la douleur. Nous c'est notre objectif. Quelqu'un qui a ce qu'on appelle une chirurgie lourde, quand on arrive à bien palier ça, parce que l'on a quand même des traitements lourds. Déjà, quand on arrive à soulager le patient, on se sent satisfait. Après, je sais que dans notre métier, on nous apprend, enfin on a été formé comme ça, c'est qu'on n'a pas à s'attendre à de la reconnaissance. C'est un peu la philosophie quand on est à l'école de soins infirmiers, qu'il ne faut pas chercher à se faire reconnaître dans notre métier. Mais, c'est clair que ça fait toujours plaisir quand un patient nous remercie. Mais, rien que le fait que le

patient, on le voit avec le sourire, on voit l'évolution, on voit chaque jour que ça va mieux, qu'il a le sourire. On est content. On voit que ça se passe bien et on profite de ça.

- A l'opposé qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre ou le plus pénible ?

- Moi, je dirai les décès non prévus. Ça, c'est un truc qui est difficile. On voit un patient qui va très bien deux heures avant, et deux heures après, il décède. C'est quelque chose qu'on ne peut pas accepter facilement. Quand on sait que le patient il est, c'est du palliatif, là on sait, on a le temps de se préparer. Mais, les décès comme ça, brutal, on ne sait pas vraiment pourquoi, c'est toujours plus ou moins frustrant. Pour tout le monde, les infirmiers, les médecins, on ne comprend pas trop ce qui s'est passé. Voilà.

- Et dans ces situations difficiles disposez-vous de formes particulières de soutien psychologique ?

- Tout dépend. Dans mon service, on est une équipe assez soudée. Dès que l'on a des soucis, aussitôt, on en parle entre nous, après il n'y a pas besoin de faire appel à un psychologue. Il y a eu des mois difficiles où il y a eu pas mal de décès, on en a parlé entre nous, il n'y avait pas besoin de faire appel à un psychologue. Mais, quand j'étais étudiant, je me rappelle de stages en psychiatrie où, une fois la semaine, il y avait un debriefing avec un psychologue. Je crois que ça dépend de comment ça se passe dans l'équipe. Moi, je sais qu'on est vraiment une équipe soudée. Il y a vraiment une reconnaissance du travail des uns et des autres et c'est clair qu'on arrive quand même relativement à surmonter les choses.

- Et si le travail en équipe était ressenti comme insatisfaisant, est-ce que vous pourriez continuer à travailler dans le même service ?

- Dans l'ancien service où je travaillais avant, il n'y avait pas une bonne équipe. Quand c'est comme ça, c'est un peu n'importe quoi, et c'est clair qu'on n'a pas envie de travailler. Comme je dis, moi, le travail c'est un tout, il y a le travail en lui-même et il y a l'équipe. Je sais que l'on peut être intéressé par une spécialité, moi c'était mon cas avec les urgences, mais quand il y a une ambiance ou un travail d'équipe nul, ça nous dégoutte de la spécialité, on prend moins de plaisir à aller travailler, c'est un ensemble. J'ai été aux urgences pendant deux ans, mais je me suis lassé parce qu'au niveau technique l'équipe n'était pas bien, il y avait une mauvaise ambiance, et tout de suite ça ne donne plus envie, ça ne motive plus pour notre

spécialité. Alors que la spécialité que je travaille actuellement, c'est une spécialité que je n'avais pas connu quand j'étais étudiant, j'ai découvert sur le terrain, j'en avais entendu parler en théorie mais je n'y avais jamais fait de stage quand j'étais étudiant, et finalement ça se passe très bien. Il y a une bonne ambiance, ça aide à aimer la spécialité, le travail, c'est un ensemble.

- Est-ce que vous allez régulièrement en formation, une fois dans l'année ou plus ou rarement ?

- La formation professionnelle, c'est proposé. Je crois que c'est obligatoire maintenant, une formation dans l'année. C'est orienté en fonction de la spécialité où on travaille. Il n'y a pas longtemps, on a fait une formation sur la douleur. On a des formations assez régulièrement. C'est pas mal, ça permet de remettre un peu les choses à jour, partager un peu nos expériences. Non, ça ne fait pas de mal d'avoir un peu de briefing comme ça.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- Par rapport aux conditions de travail, il y a des moments où on peut souffrir du sous-effectif. Actuellement, c'est le cas. Mercredi dernier, lundi et mardi, il manquait quelqu'un. On m'a mis une aide-soignante à la place de l'infirmier qui devait être avec moi. Au lieu d'avoir dix malades, j'ai eu vingt malades. J'ai eu toute la salle en fin de compte. Parce qu'avec l'aide-soignante on ne peut pas partager la salle en deux. L'infirmier est obligé de voir tous les patients. Donc du coup j'avais le double de patients de ce que j'ai habituellement. Il y a des choses qu'on peut faire faire à l'aide-soignante, mais ça reste limité. Elle arrive à m'avancer sur certaines choses, mais les trois-quarts du travail, c'est moi qui le fait. Donc, c'est un peu la course. On n'a pas forcément le temps. On ne prend pas le temps avec les patients. Je travaille de nuit, le temps de tout préparer, les transmissions c'est de neuf heures et quart à dix heures moins le quart, le temps de relever tous mes dossiers, et de préparer mes injections, on ne démarre pas avant dix heures et demi, onze heures moins le quart, et mon dernier patient je le vois à minuit et demi. Pendant ce temps là, mon aide-soignante a commencé une petite partie. Il faut s'organiser parce que sinon elle m'attend. De neuf heures et quart à dix heures et demi, onze heures moins le quart, elle m'attend. Donc du coup on s'organise autrement. Elle s'occupe des dossiers, c'est dans ses compétences donc ça évite les tensions. Et du coup moi, ça m'avance et comme ça je fais le suivi dans les chambres. Si on travaillait vraiment en

binôme, le problème c'est que les derniers patients on les verrait vers une heure du matin, alors que ce n'est que le premier tour. Alors moi, j'essaie toujours de m'arranger de finir avant minuit, pour pouvoir revoir à minuit les patients qui n'allaient pas entre vingt-deux heures et minuit. Et après, il y a toute l'administration. C'est clair qu'il faut vraiment s'organiser. Le travail n'est pas fait en binôme à la base. A la base nous, on est deux infirmiers, on a dix patients chacun, on se débrouille tout seul. Tandis que là, j'ai vingt malades et j'ai quelqu'un avec moi, une aide-soignante. Quand on n'est pas habitué à avoir une aide-soignante, on ne sait pas trop quoi lui donner, alors on lui donne des petites choses à faire : prendre des tensions, rentrer les fiches sur l'ordinateur. C'est des choses qui ne sont pas forcément valorisante. Malheureusement, il y a une phrase qui dit que « L'aide-soignant, c'est le rôle sale de l'infirmier. », le rôle propre, c'est le travail sur prescription, c'est le travail de l'infirmier. Donc toutes les choses qu'on peut lui donner, c'est pas forcément des choses qui nous embêtent, mais c'est des choses qu'on peut faire faire à l'aide-soignante, c'est des choses qui ne sont pas forcément très agréables. Mais, il faut quand même qu'elle ait quelque chose à faire, elle est quand même payée comme nous. Parce que moi, si je veux, je peux tout faire, mais elle pendant ce temps là, elle glandouillerait. Alors, moi, je suis désolé, mais elle travaille comme moi, elle travaille dix heures, alors il faut qu'on arrive à s'organiser pour que plus ou moins il y ait une bonne répartition du travail, même si on constate que nous on fait quand même les trois-quarts du boulot. Mais, c'est surtout de nuit, parce que dans la journée, c'est différent. Dans la journée, les aides-soignantes, elles ont les toilettes, elles ont tout ça à faire, mais la nuit ce n'est pas le cas. C'est pour ça que la nuit ils veulent de moins en moins d'aides-soignantes. Enfin ça, c'est un problème interne, mais que l'on retrouve dans beaucoup d'établissements.

- Et durant votre formation en IFSI, est-ce que l'épuisement professionnel a été évoqué par vos formateurs ?

- Ah, oui, oui, on parlait de l'épuisement professionnel. Donc je disais par rapport au sous-effectif, mais aussi par rapport au type de patient. Il est clair qu'il y a des spécialités où moi je n'irai jamais travailler. Des spécialités que, psychologiquement, je ne pourrai pas assumer. Par exemple, la gériatrie ou la psychiatrie, les maladies chroniques ou ce genre de choses, c'est des choses que je ne pourrai pas faire sur du long terme. C'est sympa un mois en stage, mais après en faire une carrière, même un an ou deux, il faut le vouloir. Moi, il y a des services où je ne voudrais pas travailler parce que, je ne dirai pas que je n'ai pas de patience, mais enfin il

y a certaines pathologies pour lesquelles je n'ai pas trop de patience. Chacun voit midi à sa porte. Moi, je sais que de toute manière, je n'attendrai pas d'être épuisé professionnellement pour changer. On a la chance de faire un travail où il y a une bonne palette de choix au niveau intra-hospitalier ou extra-hospitalier pour trouver du boulot. On a la chance de faire un métier où il y a quand même des façons diverses et variées de l'exercer, alors il ne faut pas attendre d'être usé pour dire stop. Parce que du coup l'épuisement professionnel peut se répercuter sur une mauvaise prise en charge du patient. Par exemple, quand j'étais aux urgences, ce n'était pas mon travail en soi, mais c'était l'équipe et ça se répercutait sur la prise en charge des patients. Il y avait vraiment un malaise dans le service. C'était vraiment n'importe quoi et je n'ai pas attendu comme certaines d'être vraiment usé pour partir. J'ai préféré partir avant. Je vois des collègues qui sont complètement usées professionnellement et on voit que ça se répercute : elles sont moins patientes et je sais que je ne voudrai pas être comme ça. Moi, quand j'en ai marre, je change. Mais, c'est clair que ce n'est pas évident : on est dans un service, on sait ce que l'on perd, mais on ne sait pas ce que l'on reprend derrière. Ce n'est pas évident, même si notre formation de base à l'école est censée faire de nous des infirmiers polyvalents. Il y a beaucoup de choses que l'on apprend sur le terrain, et c'est clair que lorsque l'on a passé cinq ans dans une spécialité et que l'on se retrouve dans une autre spécialité, ce n'est pas évident parce que l'on réapprend tout. Même si on a appris les choses à l'école, il y a des choses qu'on oublie et il faut réactualiser nos connaissances. Il y a aussi l'intégration dans une équipe. Quand on arrive dans une équipe qui tourne déjà très bien, ce n'est pas toujours facile de pouvoir s'intégrer. Il y a des équipes où ça se passe très bien, ils sont très ouverts, et il y a des équipes où ils sont un petit peu froid, il faut qu'on se débrouille un peu tout seul.

- Et donc en IFSI est-ce que l'épuisement professionnel a été abordé et de quelle façon ?

- Pas spécifiquement un peu par rapport au sous-effectif, au type de pathologies et l'importance d'avoir du recul par rapport à ce que l'on fait. A la base, être infirmier, c'est quand même une vocation. Faut pas aller au travail à reculons, faut vraiment aimer ce que l'on fait et il y a quand même des services où il faut avoir les crocs pour y aller. Des services très lourds comme l'oncologie, c'est clair faut vraiment avoir la vocation. Il y a vraiment des types de services où il faut en vouloir, l'oncologie, la cancérologie pure, tout ce qui est psychiatrie. Je trouve que c'est deux spécialités où il faut vraiment avoir la vocation, c'est

quand même des spécialités assez particulières. Après, qu'on soit en pneumologie, en hépato-gastrologie, ça, pour moi, je ne fais pas trop la différence. Mais pour tout ce qui est oncologie et psychiatrie c'est quand même des spécialités vraiment à part donc dans ces cas là, je crois qu'il faut vraiment en vouloir. Je dirai que les facteurs de risques de l'usure professionnelle sont plus importants dans ces services là. Des services où il y a des décès pratiquement tous les jours, c'est moins évident à gérer. Par exemple des services de cancérologie où on se retrouve avec des personnes du même âge que nous, c'est pas évident. Ou des mères de famille qui travaillent dans les services de pédiatrie ou d'oncologie pédiatrique, il y a un transfert, ce qu'on appelle un phénomène de transfert, on fait un transfert par rapport au patient, comment on pourrait le ressentir soi. Donc c'est clair qu'il faut vraiment avoir du recul. Il faut savoir fermer la porte dans notre métier. Même si on s'implique dans notre travail, il faut garder une certaine distance quand même, une distance thérapeutique, parce sinon, on pète un boulon, c'est impossible de durer. Mais, enfin, on s'y habitue avec l'expérience.

- On arrive au terme de notre entretien, alors éventuellement si vous avez des remarques à faire, des points sur lesquels vous aimeriez revenir ou vous exprimez sur des aspects qui n'ont pas été suscités par nos questions mais qui vous semblent importants, je vous invite à le faire.

Par rapport à la reconnaissance, c'est clair que même si on ne cherche pas à avoir de la reconnaissance dans notre métier, il en faut un minimum quand même, surtout par rapport à nos supérieurs. Quand par exemple on est tout seul pour vingt malades et que ça ne dérange personne, à un moment donné ça nous énerve. Le problème, c'est que pour certaines personnes s'il y a le résultat au bout, c'est le principal. Ces gens-là ne regardent que le résultat, ils ne regardent pas derrière comment ça s'est passé. Ils attendent qu'il y ait des gros problèmes pour réagir. Si le travail est fait et qu'il n'y a pas de problèmes, alors il est où le problème ? Le problème, c'est que comme on a une conscience professionnelle, même si on galère, même si on ne fait que courir toute la nuit, on fait tout ce qu'il y a à faire. Mais à un moment donné, ça énerve un peu. Parce que travailler dans des conditions comme ça… on n'est pas une machine. Notre métier, c'est avant tout un métier relationnel, enfin moi je vois mon métier comme ça. Et c'est clair que quand on est tout seul pour vingt malades, on n'a pas le temps. Pas le temps de prendre son temps pour discuter avec les patients, surtout la nuit.

Parce que en journée, disons que la charge de travail est à peu près la même, mais il y a plus d'intervenants donc plus de risques d'être coupé en donnant nos soins. Le soir, le patient prend plus de temps pour discuter avec nous. La nuit, on parle de ce qui c'est passé dans la journée. Mais quand on est tout seul pour vingt malades , on n'a plus le temps. On voudrait bien, mais le dernier patient quand à minuit il n'a toujours pas vu d'infirmier alors que c'est le premier tour, il s'inquiète. Alors nous, on est là, « Excusez-nous, mais je suis tout seul ». Voilà. On l'a déjà relaté, mais on souffre de sous-effectif et malheureusement on doit faire avec. On a une conscience professionnelle, alors on le fait. Mais, il faut que ça ne dure qu'un temps. Quand c'est de temps en temps, on comprend, ils sont en galère de personnel. Mais, il ne faut pas que ça dure des mois et des mois.

Entretien 3 (42 minutes)

Infirmier. Diplôme d'Etat obtenu en 2006.

- **Pouvez-vous me décrire votre travail, vos fonctions, votre mission ?**

- Nous, en réanimation, on accueille les grands blessés. Souvent des accidentés et des gens qui ont subi des sévices corporels. On accueille des personnes dont les chirurgies sont compliquées ou nécessitent une surveillance intensive particulière. On a en charge en général deux à trois patients qu'on ne lâche pas, pour lesquels on est tout le temps présent. On met en place à la fois tous les soins, la surveillance, et tous les dispositifs médicaux, les drains ; les cathéters, toutes ces choses-là. Donc, il y a ça, c'est très technique, le côté surveillance, planifier, et l'accueil en urgence aussi, les grands accidentés. Un patient quitte la réanimation quand il ne nécessite plus de réanimation, à savoir quand il est réveillé, quand il n'est plus ventilé, parce que tous ces patients endormis, il faut qu'on les fasse respirer artificiellement par des machines. Donc, les faire respirer et les sevrer de la machine, c'est les deux points les plus importants. Mais, il y a aussi des patients éveillés qui sont techniqués de manière importante, à savoir, ils ont beaucoup de drains, de rodon, beaucoup d'appareils en dehors du

respirateur. En général, on essaie de les sevrer, d'enlever ces appareils avant de les envoyer en orthopédie, en digestif ou autres, ou en clinique.

- Qu'est-ce qui vous donne le plus de satisfaction dans votre travail ?

- Quand on accueille un patient, souvent dans un mauvais état, que ce soit après une chirurgie ou après un accident, c'est quand on le sauve, déjà. Parce que ceux-là, on en perd pas mal. Il y a des gros accidentés qui ne passent même pas par les urgences, qui viennent directement en réanimation. Donc, déjà quand on sauve le patient, il y a beaucoup de satisfaction et après quand tout simplement dans l'hospitalisation ça avance. Parce que des fois, ça stagne, ou on perd des patients. Tout simplement, quand on arrive à quelque chose, c'est vachement encourageant. Il y a souvent des patients qui reviennent nous voir sur leurs pattes quelques mois plus tard, ou des lettres de familles qui nous remercient, nous offrent une petite boîte de chocolat, quelque chose comme ça. Donc, je pense que la satisfaction passe par le succès de l'hospitalisation.

- Et qu'est-ce qui est qui est le plus difficile ou pénible à vivre ?

- Bien sûr, à l'inverse, les patients qu'on va perdre ou ceux qui stagnent dans l'hospitalisation. C'est pour ça qu'on met en place un turn-over par rapport aux personnes qui prennent en charge tel ou tel patient. Parce que c'est vrai qu'on va s'épuiser justement à prendre en charge un patient dont l'état ne progresse pas. Quand on en a assez, on en parle entre collègues, on passe la main, c'est un autre collègue qui va prendre en charge le patient. Mais, c'est frustrant, complètement.

- Quelles sont les attentes des patients et sont-elles toutes en adéquation avec la fonction d'infirmier ?

- Je dirai que la réanimation, c'est un cas particulier quand même parce que nos patients dans la grande majorité sont sédatés, donc, endormis. Ils ne vivent pas activement l'hospitalisation. Ils sont complètement passifs. Donc, je ne pense pas qu'ils ont de grandes attentes par rapport à nous.

Nous, ce n'est pas de la communication verbale. On travaille beaucoup sur des échelles, sur des signes cliniques qui nous permettent de mettre en place à partir de l'observation, des soins par rapport aux besoins des patients. Donc je dirai, qu'il n'y a pas de communication. Mais, il y a de temps en temps, des patients réveillés, qu'on réveille, qui ont des attentes en termes de confort. Des patients mal installés, des choses comme ça, des douleurs surtout. Après, c'est très rare d'avoir des patients éveillés, bien actifs. D'ailleurs, ces patients là, ils vont être, à la limite, un peu fatigant parce qu'ils vont avoir trop de demandes, des « j'ai envie de faire pipi », des choses comme ça, et on n'est pas du tout un service dans lequel on est à l'écoute de ces demandes car il y a d'autre urgences. Moi et mes collègues on perd vite patience par rapport à ça. On n'a plus envie de donner un bassin à un patient, des choses comme ça. Et c'est vrai que par rapport à des patients éveillés, on délègue beaucoup aux aides-soignantes tous ces soins-là, alors que ça fait partie de notre rôle de soignant. C'est vrai qu'à ces moments-là, les aides-soignantes ont un rôle beaucoup plus important. Mais encore une fois, il y a peu de patients dans ces cas-là.

- Et les attentes par rapport aux familles, car peut-être que vous êtes plus en prise avec des demandes venant des familles ?

- Oui, tout à fait. Justement souvent le côté dramatique de la situation, il se ressent beaucoup plus par rapport aux familles qui vont nous faire part de leur peine, de leurs attentes, de leur questionnement. Donc, pour nous, les attentes ne passent pas tant par le patient que par la famille. C'est par l'intermédiaire de la famille qu'on a une relation plus affective, on va dire, avec le patient, sa prise en charge et sa famille. Les attentes de la familles, c'est surtout par rapport à l'état du patient : « Est-ce qu'il souffre ? » ce genre de choses. On y répond concrètement. Mais, on a aussi des questions en termes de pronostics : « Est-ce qu'il va s'en sortir ? Combien de temps ça va mettre ? » ce genre de choses. Et, par rapport à ça, on ne peut rien dire. Sur l'état du patient, on apporte des réponses directes, concrètes : « Est-ce qu'il a mal ? Non, il n'a pas mal, il est sédaté, il est endormi, il a des antalgiques qui lui permettent de ne pas souffrir ; ». Par contre, en termes de pronostics, on ne s'avance jamais. Chaque patient est un cas particulier, et souvent, ils sont dans un tel état qu'on ne peut pas trop s'avancer. Ils peuvent évoluer dans les deux sens et ça c'est déroutant par rapport aux familles qui attendent des réponses concrètes, immédiates, et qui ne les ont pas.

- Comment se passent les transmissions dans votre service ?

- Les transmissions se font d'une part de collègue à collègue. On travaille douze heures, un collègue de jour, un collègue de nuit . A chaque changement de quart on fait des transmissions très précises. On reprend en compte tous les éléments, tous les jours, en équipe pluridisciplinaire, infirmiers, médecins, cadres. Il y a tous les jours un staff où on reprend les cas de chaque patient. On discute ensemble de ce que l'on va mettre en place. Par contre, pas tous les infirmiers. Il y a juste une infirmière du service qui se détache pour ça, et qui après refait les transmissions aux autres infirmiers parce que l'on ne peut pas lâcher nos patients. Donc, il y a ça, et après dans le travail de tous les jours, il y a des transmissions avec nos aides-soignantes, nos ASH. On leur fait un compte rendu des transmissions, de ce qui s'est passé dans la journée, spécialement pour elles, parce qu'elles ne saisissent pas toujours tout en termes de technicité. Donc, on en discute tout simplement. On travaille beaucoup en binôme infirmier/aide-soignante, donc déjà, c'est important pour que notre binôme fonctionne bien, et après pour leurs transmissions personnelles. Nous les infirmiers, on est en douze heures et les aides-soignantes sont en trois-huit, matin, après-midi, nuit. D'ailleurs on va certainement mettre en place les douze heures aussi pour les aides-soignantes, pour avoir vraiment deux binômes, un de jour, un de nuit. C'est pour ça qu'il y a deux types de transmissions, les transmissions infirmières d'une part, les transmissions aides-soignantes d'autre part. Mais, c'est important qu'il y ait de la concordance entre les deux. Voilà.

- Est-ce que vous allez régulièrement en formation ?

- Pour ma part, pas encore. Mais j'ai vu que dans le service, il y a souvent des formations qui sont proposées. Il y en a vraiment beaucoup. Et après de nous-mêmes, je pense, oui, on s'inscrit aux formations qui nous intéressent. Et voilà, on s'y présente tout simplement, en dehors de nos heures de travail bien sûr. Voilà.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- Moi concrètement, je pense que c'est à la fois physique et moral. Je travaille en douze heures, et c'est vrai qu'après douze heures on est bien fatigué, d'autant plus qu'en réanimation, ce sont des soins intensifs. Quand il y a beaucoup de monde ça tourne, par

exemple, on mange à 16 heures le midi, des choses comme ça. Donc, vraiment, il y a beaucoup d'activité, physiquement, il y a beaucoup d'activité. Et après, moralement, je pense que quand on va en service de réanimation on est individuellement prêt à recevoir tous ces lourds patients, des cas très lourds. On a un intérêt pour la spécialité et on y va un peu plus paré à recevoir ces patients que quelqu'un d'autre. Mais, il y a aussi quand même ce côté moral de toute façon. Un patient par exemple qui arrive, donc c'est la SAR, le service d'accueil et de réanimation, un grand blessé qui arrive on va se battre pendant deux ou trois heures pour le réanimer et on le perd. Bien sûr, il y a une déception et ça peut nous affecter suivant les cas. Mais, je pense qu'on a quand même des prédispositions pour aller dans ce genre de service. Donc, pour ma part l'épuisement professionnel ce serait surtout physiquement. Douze heures intensives, tu as les pattes cassées à la fin. C'est surtout ça.

- Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'observer des signes d'épuisement professionnel chez des collègues ?

- Que ce soit mes collègues ou moi même, on a une petite semaine de deux jours et une grande semaine de cinq jours. Souvent quand il y a de petits accrochages entre collègues ou ce genre de choses, ça arrive en fin de grande semaine. On est fatigué, on est moins tolérant, on explique moins les choses. Euh, vous pouvez me répéter la question ?

- Si vous avez déjà eu l'occasion d'observer des signes d'épuisement professionnel chez des collègues ?

- Ah oui, donc je pense surtout à ça. Après des petites choses comme une thérapeutique qui n'aurait pas été mise en place, mais le service tourne bien quand même., je pense qu'on travaille bien aussi. Mais, des fois, il y a des petites choses qui vont passer à la trappe parce qu'il y a trop de travail. On a préféré prioriser ça, donc on a peut-être laissé tombé des petites choses moins importantes. Mais ça peut avoir des conséquences quand même. Ça va vite.

Donc, dans les rapports entre collègues, les tensions entre collègues. Et, il y a aussi, côté affectif, des cas vraiment lourds et j'ai déjà vu des collègues pleurer ou ce genre de chose par rapport à une situation dure. Même des pionnières, enfin des pièces importantes de l'équipe qui sont là depuis longtemps. Moi personnellement, j'ai eu un cas, un cas très important,

quelqu'un qui avait été physiquement frappé et qui était vraiment dans un sale état. Par rapport à ça, beaucoup de membres de l'équipe ont été affectés. Et ça peut-être que si c'est redondant ça peut aussi rentrer dans un cadre d'épuisement professionnel.

- Est-ce qu'il existe une crainte de faire des erreurs ?

- C'est perceptible chez les nouveaux arrivants. Dans le public on a la chance de pouvoir changer souvent de service si besoin, selon les envies. Et c'est vrai que quand on a quelqu'un qui arrive, dans les débuts, souvent il va être très dérouté pour s'organiser, arriver à faire tout ce qu'il y a à faire, et il y a cette peur de mal faire, ça je le ressens beaucoup chez les nouveaux arrivants.

Quand on se forme, en stage, on va dans différents services, différentes disciplines, mais bien sûr, on n'a pas tout vu et quand on arrive dans un service, surtout un service de réanimation qui est très pointu techniquement, c'est clair qu'on n'a pas tout vu, pas tout fait. Mais après on se repose beaucoup sur les collègues. On ne sait pas quelque chose, on n'arrive pas à faire quelque chose, on va demander aux collègues. Et ça marche bien. L'entraide est indispensable. Je parle pour mon service, mais je pense que c'est indispensable en général.

- Pourriez-vous continuer à travailler dans un service où il n'y aurait pas un collectif de travail soudé ?

- Non. En plus, surtout à l'hôpital, ça ne marche pas. Il y a des services qui vont mal et dans les services qui vont mal, les gens ne s'entendent pas, les gens s'engueulent. Je pense que c'est vraiment indispensable, déjà pour l'ambiance de travail. Ça joue beaucoup. Aller travailler dans une équipe qui ne fonctionne pas ou aller travailler dans une équipe où il y a la bonne humeur, ça change la donne. On a plus envie d'aller travailler dans cette équipe là, on n'y va pas à reculons. Donc, je trouve que c'est important pour ça, pour notre perception en fait du travail et puis encore une fois dans l'entraide entre collègues. C'est indispensable.

- Dans le domaine du soin, il est souvent fait référence à la charge émotionnelle dans la relation soignant/soigné, qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

- Quand un soignant prend en charge un soigné, c'est tout simplement un rapport humain. Donc par rapport à ça, c'est clair et net, le patient nous renvoie des choses. Si je prends en charge un patient de mon âge, déjà je vais, même si je ne devrais pas, le tutoyer par exemple, et il va me renvoyer des choses. Tout simplement. Et par rapport à ça, c'est vrai que théoriquement on doit être de marbre, il doit y avoir une même prise en charge pour un, par exemple pour ma part pour un patient de 80 ans ou de mon âge, mais concrètement, dans les soins de tous les jours, ça reste un rapport entre deux humains et c'est vrai qu'il y a des choses qui se passent de toute façon.

- Est-ce que l'épuisement professionnel a été évoqué au cours de votre formation en IFSI ?

- Pas spécialement, mais je dirai quand même indirectement, dans la mesure où on nous inculque beaucoup l'esprit d'équipe et le fait de passer la main à un collègue. Oui, beaucoup l'esprit d'équipe et le fait de solliciter ses collègues, on en parle souvent. Même en stage « ça va pas, tu en parles à ton collègue » ou « tu as du mal à prendre en charge tel patient, tu vois pour intervertir entre patients». Peut-être qu'il s'agit de favoriser les échanges entre collègues pour pallier à cet épuisement professionnel, plutôt que d'avoir des aides ou des idées ou des plans à mettre en place venant de l'extérieur du service.

- Quel lien établissez-vous entre charge de travail et épuisement professionnel ?

- C'est justement cette charge de travail. Plus ça va, plus l'infirmier est au cœur de tous les interlocuteurs. Les familles, le médecin, le chirurgien et compagnie. C'est beaucoup de sollicitations, et plus ça va, plus on lui donne des responsabilités, du travail en plus, sans autre compensation, que ce soit financière, surtout financière. Donc je pense que c'est beaucoup lié à ça, la surcharge de travail, plus ça va, plus on en met, et à côté il n'y a pas de reconnaissance. Le système va plus ou moins mal quand même : il y a beaucoup de travail, la population vieillit, il y a besoin de plus de soins, c'est une réalité, mais après il y a rien pour compenser. Je pense que l'épuisement professionnel est surtout là.

- Dans les débats qui animent la profession, il y a la revendication de davantage d'autonomie, comment faut-il l'entendre ?

- Tout simplement, ça passe par le fait que le médecin prescrit et l'infirmier administre, met en place. Ça, c'est une chose, il y a ce rapport là de toute façon. Si on rentre dans ce rapport strict, il n'y a aucune autonomie de l'infirmier. Ceci dit après, par exemple par rapport à quelqu'un qui a beaucoup d'expérience, c'est clair qu'il peut faire et mettre en place de manière adéquate des choses qu'il n'a peut-être pas le droit de faire. Il peut le faire, ça c'est certain, quelqu'un qui a de l'expérience. Mais après par rapport à ça y a tout le mécanisme des protocoles qui se met en place, à savoir, c'est notifié que par rapport à ça, par rapport à ces éléments si ça et si ça, tu peux mettre en place ceci ou cela. L'autonomie je pense qu'elle se développe beaucoup et c'est très intéressant de travailler comme ça. Même si c'est une autonomie indirecte on va dire, ça passe par un protocole mis en place par un comité de soignants, c'est vraiment intéressant pour l'infirmier de travailler comme ça.

- Ces protocoles, ils se décident à quel niveau, au niveau du service, de l'établissement ou des autorités de tutelle ?

- Les trois. Il y a des protocoles mis en place par la direction des soins pas au niveau de l'établissement mais des autorités sanitaires on va dire, ça doit marcher comme ça, donc par rapport à des données bien sûr, c'est étudié tout ça. Après par rapport à l'établissement y a aussi des protocoles d'établissement, par exemple par rapport à telle pathologie un établissement va prendre en charge le patient dans tel service qui aurait peut-être été pris en charge dans une autre spécialité un autre service dans un autre établissement. Et enfin, au sein de l'établissement même y a des protocoles de services.

- Qui décide de la mise en place d'un protocole et des conditions de sa mise en œuvre, est-ce que c'est une démarche pluridisciplinaire ?

- Une petite parenthèse : tout à l'heure, on parlait de la satisfaction professionnelle et justement le fait de prendre des responsabilités même par rapport à un protocole, c'est très enrichissant et c'est très encourageant. Alors pour les protocoles de service, c'est

pluridisciplinaire, c'est l'équipe soignante pluridisciplinaire qui met ça en place. On travaille pas mal ensemble pour mettre ça en place. Pour ce qui est de l'institution, des autorités sanitaires plus haut, je pense, je n'en suis pas certain, mais je pense que c'est aussi une commission pluridisciplinaire où il y a différents corps de métier représentés qui mettent en place le protocole, qui participent. Mais, je pense que c'est vraiment intéressant, dans tout ce que l'on a dit, cette idée de protocole, je pense que c'est vraiment pas mal.

Pour prendre un exemple concret, il y a des fois des patients qui ont besoin d'être rechargé en potassium. Le potassium, c'est un électrolyte important qui, s'il est mal dosé, peut occasionner des troubles du rythme cardiaque, voire un arrêt cardiaque. En réanimation chirurgicale, il nous faut une prescription pour pouvoir administrer du potassium. En réanimation cardiaque par exemple, qui est un service spécialisé encore plus là-dedans, il y a un protocole qui dit que si le patient, on dose dans le sang le potassium et si le patient est dans cette fourchette là, l'infirmier de lui-même va pouvoir administrer cette dose de potassium.

- On arrive au terme de l'entretien, si vous avez des remarques à faire, s'il y des points sur lesquels vous aimeriez revenir ou des aspects qui n'ont pas été abordés mais par rapport auxquels vous souhaiteriez vous exprimer, je vous invite à le faire.

- Non, mais c'est intéressant, ça fait réfléchir, par exemple, je n'y avais pas pensé avant en fait, mais je pense que le protocole c'est un outil, un super outil pour augmenter l'autonomie de l'infirmier, sa satisfaction et au-delà peut-être diminuer indirectement l'épuisement professionnel.

Entretien 4 (45 minutes)

Infirmière. Diplôme d'Etat obtenu en 1983.

- Pouvez-vous me décrire votre travail, vos fonctions, votre mission ?

- Ça commence tôt et j'ai des longues journées. Parce que j'ai choisi de travailler en pneumologie et en néphrologie pour n'avoir que trois jours de travail par semaine. Donc je fais en général des journées de onze heures. Jusqu'ici, j'avais un planning fixe. C'était tout à fait intéressant pour moi. Actuellement, je fais 7 h – 18h ou 9h30 – 20h30. Il y a eu quelques changements, mais on va revenir au fonctionnement initial qui visiblement convenait à la majorité de l'équipe. Donc, je travaille trois jours par semaine. Les difficultés rencontrées par rapport à mon travail c'est, parfois, le manque de personnel qui nous oblige à travailler sur deux étages, ce qui entraîne pas mal de fatigue physique. Et puis, ça dépend aussi avec qui on travaille. Ma mission, c'est une mission de soin, d'organisation du déroulement de la journée, des soins des patients, de l'éducation des patients, de formation aussi des élèves infirmières qui sont là. Il y a donc une mission de soin et une mission de formation, d'éducation.

- Qu'est-ce qui est le plus satisfaisant dans votre travail ?

- Pour moi, ce qui était, ce qui est toujours le plus satisfaisant, c'est tout le côté relationnel. Mais, j'ai fait beaucoup de soins très techniques, parce que j'ai fait des services de réanimation, des services aiguës. J'ai changé un peu et maintenant je me dirige vers des services où ça ne me gêne pas d'avoir des gens qui restent longtemps, où on peut avoir un suivi, des contacts approfondis.

- Et qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre ou pénible dans votre travail au quotidien ?

- Il y a beaucoup de choses. Les horaires quand même. Se lever tôt. Savoir qu'on termine à telle heure, mais qu'on risque de déborder parce que l'on ne peut pas laisser sa collègue à cause de la continuité des soins. Ça m'est déjà arrivé plusieurs fois : ta collègue n'est pas là, tu restes. Sur le plan physique, c'est quand même pas évident. A 25 ans on ne s'en aperçoit pas, quand on prend de l'âge, c'est de plus en plus difficile, parce que l'on a beaucoup de patients, selon les services où on travaille, qui sont de plus en plus dépendants. Il faut les

remonter dans le lit. Il y a beaucoup de choses à faire, c'est quand même assez physique. Après, il y a les conditions matérielles, mais là, je n'ai pas à me plaindre. On a, à peu près, tous les matériels nécessaires. On a ce qu'on veut, il n'y a pas de souci de ce côté là. Après les difficultés peuvent venir des relations, c'est un travail d'équipe, quand on est là depuis un certain temps, on se connaît, donc chacun est obligé de faire des efforts. Parce qu'il y a des gens avec lesquels on préfère travailler, plutôt qu'avec d'autres.

Par rapport au soin proprement dit, moi j'aime prendre mon temps pour bien faire les choses. C'est ce qui me pose le plus de problème, parce qu'on a une charge de travail croissante qui est de plus en plus diversifiée, de plus en plus informatisée et administrative, et personnellement, c'est ce qui me gêne. On nous demande certaines choses en plus, et on ne peut pas forcément les réaliser correctement, alors effectivement on fait des choses, il faut voir ça positivement, mais moi à ce niveau là, je ne suis pas satisfaite, tout du moins en ce moment. Manque de rigueur dans des prescriptions, des choses comme ça qui font qu'il y a une perte de temps. Tout le monde n'a pas le même niveau d'exigence quoi, et ça c'est quelque chose qui me gêne. Mais, ça m'est propre. Pour d'autres collègues ce sera autre chose.

- Et au niveau de la relation avec les patients, quelles sont les attentes des patients et est-ce que ces attentes rentrent toutes dans le cadre de votre fonction ?

- Les patients, il sont insatisfaits je pense, s'ils nous sentent pressées. Faire les soins un peu à la sauvette, comme les jours où on n'a pas le choix, ça nuit vraiment beaucoup à la relation. Ils attendent beaucoup de choses de nous. Il y en a qui en attendent même un peu trop. On ne peut pas généraliser, mais il y en a beaucoup qui sont de plus en plus exigeants et qui veulent tout, tout de suite. Je pense que c'est un phénomène de société en même temps. Les comportements changent, ils ont beaucoup évolués. Il y a les droits des patients, mais il y a aussi des devoirs pour les patients et certains l'oublient. Ça c'est gênant. Maintenant, je travaille dans un service où on a beaucoup de soins palliatifs, les relations sont différentes, mais c'est vrai qu'ils attendent une écoute, une disponibilité. Ils vont attendre de toi aussi, pour des machines respiratoires, dans le cas du diabète, etc., tout un côté éducation, des conseils. Il y a une partie éducation qui est énorme et une partie écoute.

- Comment se passent les transmissions infirmières ?

- Il y a les transmissions écrites et les transmissions orales. Les transmissions écrites on y travaille pour qu'il y ait un peu plus de choses notées, pour une bonne continuité des soins. Parce qu'après, on s'aperçoit qu'on perd du temps quand les choses ne sont pas bien transcrites. Ceci dit, ça mange du temps aussi et tout le monde n'a pas les mêmes critères au niveau des transmissions. Donc, il y a cette partie écrite où l'on fait des transmissions ciblées. On n'a pas à noter s'il n'y a rien eu de particulier dans la journée. On va noter seulement s'il y a eu des évènements significatifs, quelque chose de particulier par rapport à une famille qui est venue, par rapport au comportement du patient, etc. Mais on n'est absolument pas tenu de noter de manière systématique. C'est quand il y a un problème ou des informations mais ça, ça se fait beaucoup au moment de l'accueil du patient. On essaie d'avoir un maximum d'infos et normalement chacun est tenu de s'y reporter. Et puis, il y a tout ce qui est transmission orale. On se dit beaucoup de choses à l'oral. Mais, on a des temps de relève qui sont assez brefs, parce qu'il ne faut pas perdre trop de temps là-dessus. Où il y a beaucoup d'informations, c'est quand on revient, on a fait un service et puis un autre, on a zappé pas mal de choses, mais, en gros, on arrive toujours à se débrouiller.

- Qui participe aux transmissions orales ?

- Infirmières et aides-soignantes, et les élèves infirmières qui sont là. Les horaires des ASH ne correspondent pas, donc elles vont venir nous voir après pour nous demander le menu. Moi, je leur dis « vous reprenez le dossier » parce qu'elles ont un droit d'accès par rapport au dossier. Je leur dis « par rapport aux entrées, vous reprenez le dossier, vous voyez les menus, s'il y a des compléments alimentaires et tout, et vous notez ». S'il y a un problème particulier, on s'en occupe parce que par rapport aux textes de loi, c'est nous, ou les aides-soignantes, qui devons faire, mais dans le quotidien, on ne peut pas faire. Par exemple chez nous, ce sont les ASH qui vont donner les petits-déjeuners, mais c'est une fonction aide-soignante. Mais, partout, on essaie de se serrer les coudes, de se débrouiller. Elles distribuent le petit-déjeuner mais elles le donnent aussi. Des fois, on peut avoir des patients qui sont plus ou moins conscients, dont l'état s'aggrave et dans ce cas là, je leur dis « Attendez, stop, on va voir, je m'en occupe » et je vais voir si la personne est capable de manger ou pas. Parce qu'il peut y avoir des problèmes de fausse route ou des choses comme ça. Mais en général, les transmissions c'est

aides-soignantes et infirmières. Souvent, il y a le médecin, l'interne, et la surveillante quand c'est des journées de grandes visites où elle va nous apporter des informations parce qu'elle elle a le temps, ou elle prend le temps, de suivre la grande visite. Une fois par semaine, chaque personne est revue. Il y a des staffs, où on peut retrouver psychologue, médecin, kiné plus rarement, aides-soignantes et infirmières, mais souvent c'est réduit à peau de chagrin. Comme partout, j'ai fait beaucoup de services et dans des établissements différents, c'est souvent ça. Mais, le staff pluridisciplinaire est hyper intéressant quand il est réalisable, parce que l'on apprend plein de choses, on met nos connaissances en commun et c'est vraiment très instructif. Ça permet de mieux étudier, par exemple, un retour à domicile, des choses comme ça, alors que là on va piocher mais c'est partout pareil, enfin moi j'ai fait beaucoup de services et c'est souvent ça, toujours il y a l'idéal et la réalité.

- Le travail en équipe est-il important pour vous et comment est-il organisé ?

- Moi, j'ai toujours travaillé en équipe, je n'ai jamais travaillé seule. C'est pour cela d'ailleurs que je ne voulais pas faire de soins à domicile ou ce genre de choses parce que j'aime le travail d'équipe. C'est vrai que c'est mieux quand ça se passe en harmonie. C'est pour ça que je cherche toujours à ce que les gens s'écoutent, s'entendent bien. On essaie par rapport à l'équipe d'instaurer le travail en binôme, mais à chaque fois qu'on essaie ça pose toujours problème, et pourtant ce serait l'idéal. On arrive à travailler ensemble entre infirmières ou entre aides-soignantes. Mais, l'idéal c'est ce que l'on a essayé de faire dans l'établissement où je suis en ce moment, c'est de travailler en binôme, de sectoriser, de se prendre un groupe de patients et de travailler complètement infirmière/aide-soignante, ce qui permet de voir la globalité, de faire un soin global, ce qui est nettement plus intéressant, plus valorisant et apporte plus de reconnaissance pour les aides-soignantes aussi. Mais on est souvent bloqué par des contraintes diverses. C'est une question de charge de travail : l'infirmière a les soins qui relèvent de sa fonction, on va lui demander d'aider à la toilette donc ça fait ça en plus, mais en même temps il y a le travail administratif que l'aide-soignante ne va pas pouvoir faire. Il faudrait réfléchir à une certaine répartition du travail, mais on n'en est pas encore là. Donc, nous ça nous rajoute du travail en plus. Quand les conditions s'y prêtent, ça c'est produit dernièrement, j'étais dans un service où il n'y avait pas trop de patients, c'était hyper satisfaisant de bosser comme ça. En plus, au niveau humain, ça rapproche les collègues. Tu vas même aller faire des lits ou des choses comme ça, et puis tu es avec ta collègue, tu es au

même niveau, il n'y a pas de problème. Par rapport au patient, nous en général, on n'a pas le temps de faire les toilettes, alors quand on a l'opportunité d'être avec une aide-soignante, de faire la toilette, on voit mieux si le patient il a mal, son état cutané, enfin plein de choses, comment il réagit, comment il se comporte. En fait je pense que celles qui sont les plus proches des patients, ce sont les aides-soignantes. Elles y passent quand même beaucoup de temps. Et c'est vrai qu'au niveau de la connaissance d'un patient il n'y a rien de tel. Parce qu'on le découvre autrement, dans son intimité, vraiment différemment, il y a des relations différentes qui s'établissent. C'est une autre qualité de soins, mais le problème c'est que ça n'est pas encore réalisable actuellement. La sectorisation on l'a plutôt faite dans le service de médecine aiguë. Mais, il y a une urgence qui arrive et c'est à toi de perfuser. Là, l'aide-soignante, elle ne peut pas faire grand chose. Donc, toi, tu as du boulot en plus d'une certaine manière. Si tu as du temps ça va, c'est parfait. Mais, il y a toujours cette notion de temps qui bouffe tout le monde. Les journées sont trop courtes. Vingt-quatre heures ne suffisent pas. Mais quand ça peut se faire, c'est vraiment l'idéal.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

-L'épuisement professionnel ? On peut craquer, ça dépend des gens. Peut-être qu'un premier stade, ça va être un désintérêt à l'égard du boulot, c'est-à-dire faire les choses un peu moins bien, avec moins de conscience professionnelle. C'est un premier stade. Pour certaines euh, parce que j'ai déjà vu, ne pas parler de la même manière au patient, se refermer vis-à-vis de ses collègues, être moins motivée dans le boulot, les formations n'intéressent plus, ça glisse un petit peu, comme ça, doucettement. Après les plombs peuvent péter, ça peut être la dépression. On peut avoir des douleurs physiques. Quelle est la part du travail ? Mais, je pense que l'épuisement professionnel peut vraiment avoir un retentissement physique ou conduire à une déprime, une dépression. J'en suis persuadée.

- Est-ce que la charge émotionnelle dans la relation avec les patients est un facteur d'épuisement professionnel ?

- Elle peut l'être, mais la confrontation avec la maladie, les décès, ça fait partie du métier. Je ne dis pas que ce n'est pas difficile, mais quand l'environnement de travail est satisfaisant, quand il y a une bonne équipe, même si par moment c'est difficile, qu'il y a des situations qui

nous affectent plus que d'autres, on gère ensemble, on échange, on n'est pas seul. Ça devient difficile si à côté ça ne va pas, si on n'a pas le temps de faire les choses, s'il y a des tensions dans le travail, tout ça peut se répercuter sur la relation au patient, ça devient difficile de gérer la relation.

- Est-ce que c'est une question qui a été évoquée lorsque vous étiez en formation en IFSI ?

- Moi, à l'époque ça n'a pas été abordé du tout. Pour moi, ça a été abordé parce que je me suis reformée, en faisant un DU de soins palliatifs. Donc effectivement on a beaucoup parlé des syndromes de burnout, d'épuisement des familles, l'épuisement du personnel, le fait de voir beaucoup de gens ou souffrir ou mourir, mais c'est parce que j'ai suivi cette formation. Maintenant dans l'établissement dans lequel je suis, ils proposent des formations par rapport au stress. Il y a eu une évolution au niveau de notre établissement. Je crois qu'il y a eu des enquêtes faites régulièrement. Comme c'est un petit hôpital, on nous à fait parvenir un questionnaire dans lequel le stress au travail est évoqué. On nous a dit que c'était traité de manière anonyme. Mais on en parle et puis, et puis effectivement quand il y a beaucoup de changement, enfin là on l'a vu notamment, euh le stress au travail a été évoqué. On en parle mais je trouve que c'est assez récent.

- Donc tout ce qui est proposé, c'est plutôt en terme de formation à la gestion du stress ?

- Le problème c'est qu'il y a déjà des problèmes d'argent donc tout le monde ne peut pas partir en formation. C'est à prendre en plus de son temps de travail, comme toute formation. En plus, suivant les entretiens qu'on passe, on a plus ou moins telle ou telle attente et ce n'est pas évident d'avoir des formations. Ça dépend des établissements. Mais c'est vrai que c'est quelque chose qui revient sur le tapis.

Il y a un truc qui me revient par rapport à la question sur l'épuisement. Il peut se traduire par le fait aussi qu'à certaines périodes, tu n'arrives pas à faire la coupure entre ton travail et ta vie personnelle : tu rentres chez toi et ton boulot te poursuit. Des fois, il y a des événements,

quelque chose que tu as vraiment mal vécu parce que c'était un cas particulier. Dans ces cas là, je pense que c'est normal de revenir avec cette préoccupation. Mais tu peux aussi revenir et avoir régulièrement des difficultés d'endormissement, repenser au boulot, etc. Une certaine forme d'usure, tu n'arrives pas à faire réellement une coupure.

- Par rapport à la formation continue est-ce que vous avez l'occasion d'aller en formation une fois par an ou plus ou moins ?

- En fait, il faut la demander. Le problème c'est que tout le monde ne peut pas y aller. Mais là encore une fois, ça dépend complètement des établissements. Moi, quand j'étais à …, on me disait que je n'étais pas prioritaire parce que ça ne faisait pas suffisamment longtemps que j'étais dans le service. Donc, c'était niet. Ça casse un peu les motivations, parce que ça re-motive bien d'avoir des formations. Là, dans le service où je suis, on nous impose des formations. On s'aperçoit que malgré une pratique depuis des années et des années, on réapprend des choses. Les choses ont évolué et moi personnellement je sais que ça m'aide à me re-motiver. Mais, il n'y a rien de systématique. Moi, là j'ai redemandé des formations. Cette année, on m'a demandé d'inscrire comme tout le monde les formations que je souhaitais avoir et je leur ai carrément dit « Ecoutez, moi, je ne demande plus de formations, parce que je ne les obtiens pas, donc je ne veux plus demander de formations ». On m'a dit « Si, si, vous allez avoir la formation que vous demandez pour 2008 ». Nous sommes le 1er juillet 2008, donc j'attends ma formation d'ici le 31 décembre sinon je vais retaper du poing sur la table.

Mais, il y a beaucoup de gens qui, au travail, ne demandent pas, enfin tout ça c'est une question individuelle. Il y en aussi un certain nombre, ça fait trente ans qu'elles bossent, elles ne cherchent pas non plus à avoir des formations, c'est bon quoi. Mais moi, personnellement, je sais que des fois j'ai un peu de mal à y aller, mais après ça me re-motive toujours.

- C'est vrai que ça dépend des personnes, l'envie qu'elles éprouvent ou non d'aller en formation, mais il y a aussi la politique institutionnelle, à savoir, est-ce qu'il y a une volonté ou pas d'utiliser la formation comme un outil qui permet de développer en continu les compétences aussi bien sur le plan individuel que sur le plan collectif. Donc, la formation pourrait aussi être une modalité, en partie, d'organisation du travail. Je suis un peu long , mais j'aimerais avoir votre avis, savoir ce que vous en pensez. Par

exemple, si on prend la sortie des patients, différentes personnes vont intervenir, l'aide-soignante et l'infirmière mais aussi l'ASH, le médecin, le cadre de santé, la secrétaire. Une formation ciblée sur la sortie des patients pourrait dans ses modalités pédagogiques viser la prise en compte du rôle de chacun afin de développer l'idée qu'une sortie réussie est le résultat d'une collaboration entre tous les intervenants et qu'elle s'inscrit dans le cadre de la prise en charge globale du patient en tant que soin ?

- Ah mais complètement. De toute façon quand il y a un point qui ne va pas, les gens ils reviennent. Ça se réfléchit une sortie. Pas pour des gens qui viennent pour une petite intervention. Pour un retour à domicile, ce qu'on fait, ça prend du temps. Et, il y a beaucoup de choses qui ne sont pas reconnues en tant que soins. Par exemple, un patient qui va sortir avec une trachéotomie, un respirateur, on va prendre contact avec l'équipe d'HAD, éventuellement ils vont venir dans le service, c'est ce qui s'est produit dernièrement, ils viennent dans le service, ils vont faire les soins avec nous, ils vont apprendre déjà au patient avant la sortie. On fait ça en général pour les gros patients avec des soins très spécifiques, pour aider les infirmières qui vont reprendre la suite du travail auprès du patient. Pour un cas auquel je pense, le médecin se proposait même d'aller à domicile pour les premiers changements de canules. Donc ça peut aller très loin, si on veut que la sortie se passe bien. Et on a des gens qui sont restés longtemps chez nous et qui sont sortis, et vraiment des patients très très lourds, et ça se passe bien parce qu'on a bien bossé avec tous les acteurs des soins.

- **Quand vous travaillez en collaboration de cette façon c'est une source de satisfaction particulière ?**

- Complètement. Pour nous et pour les patients. Après tu vas recevoir du courrier, ou bien là, je vois quelqu'un qui est sorti avec respirateur, trachéo et tout, et qui communique, enfin qui nous envoie des photos. Il y a un patient qui est resté longtemps chez nous et qui communiquait par mail. Les gens en général, nous donne des nouvelles quand ils ont été un certain temps chez nous et nous on leur dit, avant qu'ils partent, de nous donnez de leurs nouvelles. Et on a souvent des nouvelles. Ça, c'est la satisfaction du travail. Ca ne s'explique pas, c'est de l'humain. Mais franchement là tu te dis, « J'ai bien fait mon boulot ».

- A travers cet exemple, on peut voir l'importance du travail transdisciplinaire et de la collaboration.

- Ça c'est vraiment ce qu'il faudrait faire. Moi quand j'ai fait le diplôme de soins palliatifs, on nous a bien dit « Travaillez en transversalité ». Je veux dire faire appel à tous les acteurs des soins, les bénévoles, l'équipe mobile de soins palliatifs. Mais après il faut que dans une équipe tout le monde s'entende bien, que tout le monde soit au même niveau d'entente. Il y a des médecins qui ne vont pas forcément vouloir, avoir envie de faire appel à des collègues, ils disent qu'ils se débrouillent très bien tout seul (rire). Il y a souvent des décalages et en plus toutes les contraintes parce qu'ils ont souvent un emploi du temps un peu surchargé, nous aussi. C'est la difficulté, mais je pense qu'il faut que cela vienne de la volonté de certaines personnes. Sinon ça ne peut pas se faire correctement.

- Dans les débats qui animent la profession, il y a la revendication de davantage d'autonomie, comment faut-il l'entendre ?

- Déjà, l'autonomie dans le travail infirmier, tu es obligé de l'avoir. Parce que les médecins ne sont pas toujours présents, hormis les services de réanimation où j'ai travaillé où effectivement, on a un problème, on téléphone et dans la minute qui suit on a quelqu'un, et on a un protocole, on sait d'emblée ce qu'il faut faire. Sinon, j'ai fait beaucoup de nuit donc c'est « démerde-toi » . Tu es bien obligé de prendre des initiatives, de savoir travailler de manière autonome, et suivant les services tu fais plus ou moins face. Quand il y un nouvel interne qui arrive, c'est un peu nous qui lui disons « tiens ce serait bien de faire ceci ou cela », ce qui est normal aussi. Mais l'autonomie, je veux dire on l'a. Moi l'idée, là maintenant, d'un ordre infirmier, je ne vois pas ce que ça m'apporte mis à part de payer une cotisation supplémentaire. Heureusement on ne me l'a pas encore demandé. Et puis, ça c'est très personnel comme réflexion et en plus je ne me suis pas encore penchée sur le problème, mais les prescriptions infirmières, je trouve que c'est une manière pour les médecins de moins prescrire certaines choses et de nous en rajouter un peu plus. Par exemple, tu as un patient qui sort avec des pansements, le médecin te dit « vous faites comme vous voulez, parce que c'est vous qui les faites vous vous y connaissez » souvent c'est ça, et puis après, euh, à la sortie ça va être encore des trucs en plus à faire. On fait déjà les bons de transports parce qu'ils n'ont pas le temps de les faire, alors que ce sont des prescriptions médicales, c'est à eux de

prescrire, voilà. On fait déjà beaucoup de choses qui dépassent notre fonction. Et on va pouvoir payer une cotisation nationale à l'Ordre des infirmiers et puis se taper en plus toutes les prescriptions à faire pour les matériels, les surveillances des diabétiques, pour les pansements, le matériel ! Pour moi, je ne vois qu'une surcharge de travail et pas vraiment une revalorisation de la fonction.

- Souvent l'autonomie est évoquée en lien avec la reconnaissance, l'idée que plus il y a d'autonomie y compris une prescription infirmière, plus ça apporte une reconnaissance de l'identité professionnelle…

- Oui, mais moi je ne le ressens pas comme ça.

- Alors par où ça passe la reconnaissance ?

- D'abord sur le plan humain, quand tu as fait un boulot, qu'on te remercie, c'est déjà ça en premier. Après reconnaître notre travail, ce serait peut-être être un peu mieux payé. Ce serait même sans doute être un peu mieux payé. Là moi j'ai choisi d'exercer dans cet hôpital, parce que j'ai déjà vu pas mal de choses et on est deux, voilà donc j'accepte certaines choses. Mais travailler un jour de l'an ou une autre fête ou un dimanche, c'est pas spécialement bien payé. Voilà. Donc, je pense que vu ce qu'on nous demande, la disponibilité qu'on nous demande, le fait qu'on a un planning mais dès qu'il y a une absente, on va venir, de toute façon, on est obligé. Vu tout ce qu'on nous impose au niveau contraintes, vacances, etc.

- On arrive au terme de l'entretien, si vous avez des remarques à faire, des points sur lesquels vous aimeriez revenir, des aspects par rapport auxquels vous souhaiteriez-vous exprimer, je vous invite à le faire.

- Je sens qu'il faut vraiment faire évoluer les choses par rapport à la formation des gens. La formation médicale des futurs médecins. Quand je vois comment les gens se dirigent vers médecine et leurs motivations parfois, ça m'inquiète. Dans leur formation on devraient leur faire reconnaître davantage le travail des infirmières. Du côté des infirmières, je pense que d'elles-mêmes, les filles qui ne se plaisent pas, elles partent d'elles-mêmes. Il y a encore des élèves infirmières qui ont le feu sacré, et c'est important car je trouve que ce n'est pas un

boulot que l'on fait comme les autres. Mais des fois, je vois arriver des élèves, ça arrive maintenant alors que ça n'arrivait pas avant, qui regardent un peu trop leur montre, l'heure c'est l'heure. Les choses évoluent un peu, mais il va quand même falloir revoir les choses, parce que la population vieillit, on manque de personnel. Là, c'est vrai que les femmes sont obligées de travailler. Mais au bout d'un moment, il y en a quand même pas mal qui arrêtent alors qu'elles aiment ce qu'elles font, mais parce que les conditions de travail ne sont pas correctes. C'est vraiment le gros hic de notre profession, sinon c'est un boulot passionnant. Enfin moi, j'aime toujours autant, je suis passionnée par mon travail. Mais les conditions c'est un vrai problème.

Entretien 5 (45 minutes)

Infirmière. Diplôme obtenu en 1976.

- **Pouvez-vous me décrire votre travail, vos fonctions, votre mission ?**

- Au quotidien, c'est de prendre en charge des patients séropositifs, à peu près 80 %. C'est de leur permettre un accès aux soins, le mieux possible. Nous avons une population très ciblée, des homosexuels, des toxicomanes, des gens en grande précarité, des réfugiés, des étrangers qui n'ont pas de sécurité sociale, c'est-à-dire majoritairement des gens en situation de grande précarité. Donc moi, mon rôle c'est d'accepter tous ces gens sans distinction. Moi, je suis là pour soigner, je ne m'intéresse pas trop au mode de contamination. Moi, mon rôle premier c'est de soigner les gens. Et comme on est confronté à cette grande population, de grande précarité, ça nous donne du point de vue social un travail énorme, et il faut articuler tous les partenaires pour prendre en charge les patients. Du point de vue médical, le médecin, l'infirmière vont assurer les soins, mais il faut mettre à côté une aide avec l'assistante sociale,

la psychologue, la psychiatrie parfois, des associations pour prendre en charge les patients séropositifs. Puis à côté, on a une part de maladies infectieuses, des septicémies, des méningites, des infections urinaires, des pneumopathies, enfin tout ce que l'on peut imaginer en pathologies infectieuses. Et puis, on a aussi une part de maladies tropicales, les gens qui vont à l'étranger et qui reviennent soit avec une crise de paludisme, soit autre chose, enfin toutes les maladies que l'on peut imaginer ou qu'on peut attraper. Mais mon rôle, la plus grosse activité, c'est quand même le VIH.

- Tel que vous en parlez, il apparaît qu'il y a un travail en collaboration important…

- Oui. On ne peut pas travailler tout seul. Il faut travailler avec tous les partenaires qui existent, aussi bien quand les gens sont au-dehors de l'hôpital, en ville, les infirmières libérales, les structures d'accueil et les partenaires sociaux, tout, tout, pour que ça se passe le mieux possible.

- Quelles sont les attentes des patients et est-ce qu'elles entrent toutes dans le cadre de votre fonction ?

- Dans pas mal de domaines, je réponds à leurs questions, à leurs attentes, mais malheureusement la maladie étant très grave, je ne peux pas me projeter dans leur futur, je ne peux pas dire à quelqu'un dans deux ans vous irez mieux, dans dix ans ça ira plus mal, ça je ne peux pas. Moi, mon rôle, c'est de les accompagner, de faire un chemin avec eux, et étant donné que la maladie est très grave, il peut se passer n'importe quoi pendant leur vie de séropositif. Il y a des gens qui vont vivre avec le virus pendant des années sans rien déclarer. D'autres, en peu de temps, ils vont déclarer des pathologies, c'est-à-dire des maladies graves qui vont vous faire le diagnostic du sida. Donc ça, on ne peut pas le percevoir. Par contre on peut répondre à toutes leurs attentes, les gens demandes beaucoup de choses, ils sont exigeants quand même dans la pathologie. On essaie de répondre à toutes leurs demandes. Par exemple, quelqu'un qui est en situation irrégulière, on met en route le service social ; la carte de séjour peut être obtenue rapidement et puis après la carte de sécurité sociale, et les gens peuvent rester sur le sol français pour se faire soigner au titre d'une maladie grave. Pour ça on va mettre en route tout ce qu'on peut imaginer pour les gens.

En fin de compte, on a l'impression d'avoir plein de bras, et puis il faut aider le plus possible les gens. Mais souvent, on voit cela dans les services de chroniques, c'est-à-dire les maladies très longues, des maladies graves, comme quand vous êtes en néphrologie et que vous avez besoin d'hémodialyse, et bien on retrouve à peu près ce même sentiment entre un personnel et son malade, on retrouve cette façon de travailler. Vous allez en pédiatrie, sur des cancers, on va retrouver un peu ce fonctionnement. Par contre quand vous êtes aux urgences, on n'a pas ça, parce que le malade il arrive et puis il repart, et après on ne le reverra jamais. Moi, il y a des gens qui me voient depuis des années, comme celui qui m'a dit « mon p'tit colibri », moi ça fait 25 ans que je le connais, voilà, il y a ces petites relations comme ça, un petit peu personnelles quand même. Un petit peu affectives quand même, il y a un petit côté affectif. Le côté humain est important. Pour moi en tant qu'infirmière, le côté humain est très très important. Le respect de l'humain est important, pour moi.

- Quelles sont les satisfactions que vous pouvez éprouver dans le cadre de votre activité ?

- La gentillesse des malades. Le respect du malade parfois, mais surtout leur gentillesse. Et puis quand je vois qu'on chemine pendant des années l'un à côté de l'autre et que ça ne va pas trop mal, que les gens peuvent retrouver une activité professionnelle, une vie sociale, et je me dis qu'en fin de compte j'ai fait mon travail. Quand la maladie ne se dégrade pas trop ; quand les gens arrivent ici et qu'ils ont quand même le sourire, ça c'est important. Entrer ici, ce n'est pas évident, puisqu'il y a des gens qui se retrouvent avec de très grandes pathologies. Si les gens viennent sans que ce soit dur de venir, alors je me dis que le travail, on le fait à peu près correctement.

- Alors a contrario, qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre, le plus pénible ?

- La dégradation physique. La dégradation physique, les traitements très lourds qu'on donne aux gens, avec des complications. Parfois, on ne sait pas trop ce que ça va entraîner, on n'a pas toutes les connaissances quand même. Donc ça, des fois, c'est un petit peu dur. La mort, quand malheureusement la maladie se termine par la mort. Ça, c'est des évènements qui ne sont pas évidents, aussi bien pour la famille qui entoure le patient que pour le patient. Puis d'un autre côté, des fois, on voit ça comme un soulagement. Il n'y a pas de guérison, on le sait. Et quand on voit les gens en fin de vie, parfois, c'est un petit peu dur quand même. Puis au fond de moi, je me dis qu'ils s'en vont mais que c'est un soulagement quand même. Parce

que des fois c'est une dégradation physique, douloureuse, psychique aussi, quand vous vous regardez dans une glace et que vous êtes devenu le quart de vous même. C'est vrai, c'est pas toujours facile ça. Puis la souffrance que ça entraîne quand on voit des mamans qui disparaissent, qui laissent leurs enfants. C'est une grave maladie quand même. C'est pas anodin, voilà, c'est pas anodin quand même.

- Quelle est la composition de l'équipe ?

- Nous on est trois ou quatre infirmières, puisqu'on travaille aussi avec le CDAG, le centre de dépistage anonyme et gratuit, donc on est quatre et on alterne un petit peu. Il n'y a pas d'aides soignantes, nous avons du personnel de ménage et c'est tout, et des médecins qui travaillent avec nous.

- Est-ce que vous allez régulièrement en formation, une fois par an, ou plus ou moins ?

- Moins maintenant. Les infirmières plus jeunes, elles, partent plus souvent..

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- L'épuisement se fait surtout par le nombre d'heures que l'on fait, avec des repos n'importe comment, dans certains service, c'est surtout ça. Nous, on a la chance de travailler en hôpital de jour. On commence à huit heures et demi, on finit à 17h, 17h30, 18h de temps en temps. On ne travaille pas le samedi et le dimanche. Ça nous permet une vie familiale, c'est correctement fait. Par contre, quand on est dans les services traditionnels, je pense que c'est le nombre d'heures consécutives que l'on fait qui est un peu épuisant quand même. Et c'est les trois-huit, avec des heures supplémentaires très importantes. Manque de personnel surtout et s'en déduit une charge de travail très très lourde. Ça surtout, c'est ça. Et peut-être aussi, au fil des années quand on a l'impression aussi de ne pas avoir de reconnaissance de tout ce qu'on a fait au cours d'une carrière.

- La reconnaissance, c'est quelque chose qui est souvent évoqué. Quelle(s) forme(s) pourrait prendre la reconnaissance ? Qu'est-ce qui est attendu en terme de reconnaissance ?

- En fin de compte la reconnaissance on l'a par les patients. C'est surtout les patients qui nous la donne. Mais on a l'impression que pour nos supérieurs hiérarchiques, il faut travailler, et c'est tout. On a l'impression qu'on est des pions sur un échiquier et puis il faut travailler. Il y a un pion qui est là, le lendemain, il n'est pas là, c'est pas grave, on va en mettre un autre. Tant que ça roule, c'est bien. Peut-être que quand on est très haut on n'a pas à faire de, comment je pourrais dire, de sentiment envers son personnel. C'est pas tellement ça qu'on demande, mais on a l'impression qu'on est des pions.

- La reconnaissance peut-être qu'elle peut passer aussi par l'organisation du travail, pas nécessairement par le fait de formuler la reconnaissance, mais par une façon de travailler, des modes d'organisation ou de coopération dans le travail qui induisent une réelle prise en compte du rôle et des compétences de chacun ?

- Oui, oui, oui, peut-être, mais j'ai l'impression qu'on nous dit toujours « on va vous améliorer votre charge de travail, on va vous améliorer vos conditions de travail » et puis au fil du temps, on ne voit jamais rien apparaître, on a l'impression que ce n'est que des paroles. On a l'impression qu'il n'y a pas de concret.

- Pensez-vous disposer de suffisamment d'autonomie dans l'exercice de votre métier ?

- Moi, j'ai l'impression d'être autonome. J'ai l'impression. On est situé là, dans la cour, là très loin. On est indépendants par rapport à la grande structure, c'est nous qui gérons tout en fin de compte. On gère nos malades de l'arrivée jusqu'à la fin. On n'a pas de hiérarchie pour nous dire ce que l'on a à faire. C'est un petit peu nous qui faisons ce que nous pensons être le mieux. Par contre quand on est dans les services, on a l'impression que cette hiérarchie est un peu plus importante.

- Faire ce que vous pensez être le mieux, c'est très important dans la représentation que vous avez de votre mission ?

- Très important. C'est important pour le patient surtout. Je mets toujours le patient avant. Avant moi. C'est toujours lui qui est prioritaire en fin de compte. Quand ça va pour lui, même si les situations sont dramatiques, en fin de compte, moi, je me sens mieux dans mon métier d'infirmière.

- Il est souvent fait référence, dans le cadre de la relation soignant/soigné, à la charge émotionnelle. Pensez-vous que celle-ci puisse être un facteur important du processus d'épuisement professionnel ?

- Oui, comment je pourrais dire ? On est sur une ligne et il ne faut pas dépasser cette ligne en fin de compte. Parce que si on s'investit trop auprès d'un patient, si on devient trop affectif, s'il y a trop de sentiment, malheureusement un jour il se passe quelque chose, alors on craque, on ne peut pas. On ne peut pas faire toute une carrière d'infirmière si pour chaque malade on va pleurer. Bien sûr que c'est grave, mais ce n'est pas en se disant « c'est grave, c'est grave, c'est grave », c'est pas comme ça qu'on avance. Bien sûr, c'est dur, on sait que l'on fait un métier dur, on sait qu'on a des malades qui malheureusement vont mourir, on n'est pas sur le marché, on ne vend pas des carottes. Mais il ne faut pas passer cette ligne, et puis cette ligne, c'est vrai qu'elle est limite. Des fois on a envie d'aller un petit peu plus loin. Et puis de temps en temps on se dit oh la, la, il faut repartir un petit peu à l'arrière. Mais quand on est jeune, quand on est jeune, on s'investit émotionnellement plus. Après, moi, là maintenant dans ma fin de carrière, je suis moins émue si vous voulez. Pour moi, j'ai de l'affection pour les gens, mais ça s'arrête, ça s'arrête au bout d'un moment. J'ai fini mon boulot, je fais autre chose. Et je crois que c'est quand on est jeune que c'est difficile, parce que c'est au fil des années qu'on apprend tout ça. C'est l'expérience qui va faire qu'on va savoir se mettre en retrait quand il faut se mettre en retrait, s'avancer quand il faut s'avancer.

- C'est ce que l'on appelle la distance professionnelle…

- Oui, oui, c'est vrai que c'est important ça. C'est important. Il faut savoir rester soignant. Il ne faut pas passer la barrière. Les malades ne sont pas des copains. Ce ne sont pas nos maris, ce ne sont pas nos amants. Il faut rester professionnel. Et c'est plus facile de soigner quand même quand on est professionnel. Regardez dans le VIH, il y a des gens qui s'y connaissent très très bien, mieux que nous des fois. Moi, je me rappelle au démarrage du VIH, on ne savait rien et il y avait des malades qui bossaient tellement les livres qu'ils s'y connaissaient

mieux que nous. C'était une pression, mais il ne faut jamais montrer qu'on ne sait pas, quelle que soit la situation, il faut se montrer professionnelle, compétente, et puis le malade, ça reste un malade.

- Est-ce que les soignants qui ne parviennent pas à trouver cette distance professionnelle à terme abandonnent la profession ?

- Peut-être, peut-être, mais moi je pense que quand on arrête cette vie d'infirmière, c'est plus quand on a une vie familiale avec des enfants, un mari. Le métier d'infirmière ou de soignant, on va dire soignant en général, ce n'est pas toujours évident de le concilier avec la vie familiale. Travailler la nuit, travailler les fêtes. Il y a d'autres métier comme conduire un train, être hôtesse de l'air, c'est exactement pareil. Mais nous, on a l'impression qu'on n'a jamais le droit de s'arrêter, par exemple, si un soir vous n'avez vraiment pas envie de travailler, vous avez l'impression que vous n'avez pas le droit de vous dire « bon, bah, ce soir je n'ai pas envie d'aller bosser ». Malgré tout, il y a beaucoup d'arrêts, je pense qu'il y a beaucoup d'arrêts maintenant, plus que quand j'ai démarré la profession, j'ai l'impression. Mais il y a un manque de personnel et par manque de personnel, on s'épuise. On ne peut pas demander à une infirmière de travailler à deux cent à l'heure. On a l'impression d'être montées sur piles. Et il y a un moment où la pile elle explose. On comprend, on comprend.

Et je vois, quand des collègues sont arrêtées longtemps, parce que le personnel a le droit d'être malade aussi, on ne s'intéresse même pas à eux, alors qu'ils sont arrêtés pour des graves maladies. On a l'impression qu'on ne s'y intéresse pas. Et la direction, les chefs, on va dire nos chefs à nous quoi, s'y intéressent encore moins. Et je me dit souvent, les chefs ils sont là, ils ont une usine à gérer, du personnel, il faut qu'il y ait du monde, et c'est tout. J'ai l'impression, hein, bon après ? Mais je pense qu'on le retrouve dans d'autres professions. Il n' y a pas que spécialement la nôtre. Nous on fait de cette profession disons, le métier d'infirmière, c'est noble, ça fait beau. On nous dit « Ah, t'es infirmière ! C'est bien, c'est beau comme métier ! ». Alors que celui qui est professeur, c'est aussi bien. Institutrice ou aide maternelle, c'est aussi bien, ils ont en charge trente-cinq petits, c'est aussi bien. On a l'impression qu'on a la plus belle profession du monde, mais non, on a la profession qu'on a choisie. On ne nous a pas forcé à être infirmière, on l'a choisi ce métier. Donc, on en a choisi aussi un petit peu les conséquences. Moi, ça fait trente-trois ans que je suis infirmière, ce métier là je l'ai choisi. J'aime ce métier. Partir en retraite, par exemple, c'est pas encore dans

ma tête. Je pourrais partir l'année prochaine à la retraite, mais moi c'est pas encore dans ma tête, c'est pas inscrit cette situation.

- Que pensez vous des revendications de davantage d'autonomie en particulier du droit de prescriptions infirmières ?

- C'est spécifique à certains services ça. Ce besoin quand on est infirmière de se sentir un petit peu plus élevée que les autres et ce besoin de prescrire parce que des fois on a l'impression qu'on est de petits médecins. Il faut toujours faire attention à ça, parce que la médecine, il y a quand même dix années d'études, infirmière c'est trois années. On n'a pas les connaissances des médecins. Mais c'est vrai qu'on retrouve souvent des gens qui se prennent pour des petits médecins quand même. Vous prenez une infirmière du bloc opératoire anesthésiste, c'est un niveau au-dessus de nous si vous voulez, elles, elles font des gestes qui sont un peu plus importants que nous parce qu'elles ont le droit de les faire. Après, vous allez en maternité, vous avez des sages-femmes qui sont un peu plus élevées que nous dans le métier et qui ont un droit de prescrire, elles se sentent encore un peu plus supérieures que nous. Il y a quand même cette symbolique de la prescription qui est importante. Mais après au fil du temps, on s'aperçoit que, on laisse ça aux gens qui prescrivent. Moi, je sais, mais je ne vais pas trop m'aventurer sur ce terrain là moi, je laisse les gens qui en ont les capacités et le droit de le faire. Parce que, faut quand même faire attention, parce que si demain on nous donne encore ça, après-demain on nous donnera encore autre chose, on nous en donnera encore plus, et puis il faudra qu'on fasse tout. Donc , je crois que des fois il faut quand même faire attention. Et puis on manipule des substances qui ne sont pas toujours faciles. Il faut savoir reconnaître qu'on est une infirmière et qu'on doit rester une infirmière.

- Souvent au niveau institutionnel, la seule réponse qui est proposée en matière de prévention de l'épuisement professionnel, ce sont les formations à la gestion du stress inscrites au plan de formation des établissements, avez-vous un avis sur cette réponse ?

- Alors, moi je ne sais pas, mais je crois que ce phénomène, il est normal. C'est normal, quand vous voyez quelqu'un qui arrive, qui a un infarctus et que l'on vous demande de monter une voie… en urgence de faire ci de faire ci de faire ça. On y va pas en rigolant quand même. Donc, il y a quand même au fond de nous un petit stress. Mais, j'ai l'impression que ce stress là, il est humain pour le métier que l'on fait, nous. Par contre si demain on me dit « tu as un

panaris à t'occuper », je ne vais pas être stressée pour m'occuper du panaris. Alors comment gérer tous ces stress, par des formations, peut-être ? Peut-être que parler avec d'autres gens ça fait du bien. Parce que c'est vrai, en fin de compte on n'est pas tout seul, et puis on se dit tous les autres sont dans la même situation que nous. De savoir que les autres sont dans la même situation que nous, après tout. De toute façon on se dit qu'à l'hôpital, c'est comme ça, c'est normal.

Mais au sein du service, moi j'ai l'impression que de se parler, en fin de compte, tous ensemble, je pense que ça aide, ça aide vraiment. Après faire de la formation gestion du stress, anti-stress, yoga, puisqu'il y a de la formation yoga, là, je ne sais pas trop. Après chaque individu doit choisir aussi son service en fonction de ses compétences et de ses qualités humaines. Moi, demain, si on me met par exemple dans un service de réanimation médicale où ce n'est que des machines, me retrouver que devant des machines, je ne pense pas que j'y trouverais un plaisir. Il y a vingt ans peut-être, mais maintenant non. Par contre, demain, on me dit « tu vas aux urgences » où il y a beaucoup de travail, peut-être que ça m'irait, mais je n'en sais trop rien. Et si on me met devant un bureau pour faire infirmière administrative, je sais que ça ne m'ira pas du tout. Donc, je finirais ma carrière pas bien du tout en fin de compte. Après je pense que chaque individu fait ses choix, essaye. On va avoir des soignants qui ne font que du bloc, dans les blocs les gens sont endormis, il n'y a aucune communication avec le patient, c'est un choix. Donc je pense que c'est chaque individu qui doit trouver ou qui trouve son chemin. Voilà, sa place. Après, il manque tellement de monde partout, qu'une fois que vous avez le diplôme d'Etat, on ne vous demande pas toujours votre avis, et on vous met là où il y a de la place, où plutôt là où il manque du monde. Alors vous pouvez vous retrouver dans des services où c'est peut-être pas là où vous auriez eu envie de travailler, et de ce fait peut-être que les gens s'arrêtent, ils vont carrément bifurquer vers autre chose. Il y a beaucoup d'infirmières de ma génération qui ont fait ce métier quelques années et elles ont bifurqué vers l'Education nationale pour devenir institutrice. C'est aussi prendre en charge, c'est aussi un soutien. Et d'autres ont carrément arrêté le métier, pour faire carrément autre chose.

Des fois, j'ai l'impression que c'est un peu de la foutaise tout ça. Ça fait bien dans une entreprise, c'est un peu la mode. En même temps, je pense aussi que ça ne fait pas de mal d'y aller, de se reposer un petit peu. Quand on est en formation, on se repose un petit peu quand même. On réfléchit un petit peu. On est assis. Et puis on réfléchit. Et puis on discute avec les autres. On discute avec les autres c'est important. Puis on discute d'autres choses et des fois

on s’aperçoit que dans d’autres services c’est pire que nous, puis on repart et on se dit bon bah nous ça allait bien en fin de compte. Oui, y a d’autres services, c’est pire que nous.

- On arrive au terme de l’entretien, si vous avez des remarques à faire, quelque chose à ajouter par rapports aux différents points que l’on a abordés ou d’autres aspects de votre métier, je vous invite à le faire.

- C’est intéressant votre truc. Mais je vais vous dire un truc tout bête, moi je ne me sens pas épuisée. Je me lève le matin, je suis contente d’aller travailler, je n’y vais pas à reculons. Je suis contente d’aller travailler et le fait d’envisager la retrait - je me dis « il va falloir que tu y penses un jour » - ce n’est pas encore dans ma tête. Pas encore. Je n’ai pas encore fait ce chemin là, ce passage où à un moment il faut s’arrêter de travailler. Ce pas là n’est pas encore fait.

Entretien 6 (45 minutes)

Infirmière. Diplôme obtenu en 2006.

- Pouvez vous me décrire votre travail, vos fonctions, votre mission ?

- En chirurgie, c'est très spécifique parce que je suis là pour apporter les soins d'après retour de bloc et en confort pour les personnes : les installer, qu'elles n'aient pas mal, qu'elle n'aient pas de positions algiques, voir si elles souffrent, je suis là pour mettre tout ce qui est antalgiques, anti-inflammatoires, je suis là pour relever toutes les quantités de … pour qu'on dépiste des hémorragies, des infections, tout. Mon rôle principale en chirurgie, c'est ça. Après je vais dans l'accompagnement, par exemple je vais dans l'éducation, tout ce qui est hystérectomie, je vais dans l'éducation avec les patients, quand je suis en orthopédie, pour l'éducation des prothèses de hanches. Après quand je suis en médecine, c'est encore un travail différent, parce qu'il y a beaucoup de soins palliatifs, alors là c'est plus de l'accompagnement de fin de vie, des soins de confort, des vrais soins de confort puisque là on va jusqu'à atténuer les douleurs pour pas qu'ils souffrent de trop, jusqu'à essayer de les rebooster un petit peu, ce qui n'est pas toujours évident d'ailleurs.

- Quelles sont les satisfactions dans votre travail ?

- Les satisfactions elles sont simples, c'est déjà quand un patient n'a pas mal la nuit. Je pense que la plus grosse victoire quand on est en chirurgie, c'est quand le patient a dormi toute la nuit et que le lendemain, il dit « non, je n'ai pas eu mal ». On sait déjà que s'il a d'autres opérations, il ne va plus les appréhender pareil. Je pense qu'aujourd'hui, on fait ce qu'il faut pour pas que les patients souffrent. Et c'est à nous de mettre tout en œuvre. Pourtant, il y en a qui sont réfractaires, mais moi, je vais vraiment dedans, ce qui est pas mal, et ça c'est vraiment une grosse victoire. Après, les soins palliatifs, c'est beaucoup plus humble, c'est quand une personne arrive à nous répondre ou est cohérente, ça dépend.

- Et le plus difficile ou pénible ?

- Le plus pénible, c'est simple, c'est tout ce qui est décès, parce qu'il faut les gérer. On est tout seul pour les gérer, sachant que l'on n'a pas de médecin, nous. Il n'y a personne. Donc,

on est toute seule. Il y a quand même les collègues de nuit et des collègues hommes, je ne vais pas les oublier. Mais, voilà, c'est nous qui gérons les familles. Et ce qui est le plus difficile, ce n'est pas le décès lui-même, parce que on devient vite froid devant le décès. Mais c'est devant la famille, surtout quand la personne a trente ans, qu'elle meure d'un cancer et laisse deux enfants. Là on a beaucoup plus de, là c'est plus difficile pour moi, je pense que de tout, c'est ça le plus pénible. Et quand je n'arrive pas à calmer les douleurs des patients, ça a tendance à m'énerver. Parce que je ne peux rien y faire et il y a un moment où on ne peut plus, il n'y a plus d'antalgiques possibles et tout ce que je peux dire à la personne c'est « faut souffrir » quoi. Ça c'est difficile, parce que pour moi c'est vraiment, c'est vraiment, un raté. Et ce qui m'énerve aussi c'est l'administratif. L'administratif m'énerve énormément, parce que l'on perd énormément de temps avec les patients pour remplir des papiers que personne ne lira jamais. On a toutes les transmissions à écrire. Alors on les écrit une fois, puis après on fait notre petit résumé, après on les réécrit sur un tableau et puis après, enfin on n'arrête pas quoi, il faut les réécrire sur d'autres feuilles, on n'arrête pas de faire ça et ça nous demande un temps fou. Donc là, on perd du temps. Les transmissions orales, c'est différent parce que l'a on a la personne en face. C'est nos collègues, on est content de les retrouver. Que ce soit le soir ou le matin, on est très content de se voir. Les transmissions orales, c'est plutôt un moment très agréable, je trouve, dans ce métier.

Idéalement, ce devrait être les aides soignantes et les infirmières et généralement, c'est l'infirmière et l'infirmière. Parce que l'aide-soignante va dire deux ou trois trucs à sa collègue aide-soignante si elle l'a croise, et encore, souvent elles partent avant, alors on se retrouve souvent avec les deux infirmières.

- Est-ce que vous travaillez en binôme infirmière/aide-soignante ?

- Oui souvent. Enfin, j'ai un service de chirurgie où je suis toute seule. Mais j'ai l'aide-soignante de médecine qui vient m'aider si j'ai besoin. Par contre quand je suis en médecine ou en orthopédie, je suis toujours en binôme et j'insiste sur le fait qu'on soit vraiment en binôme parce que j'ai besoin d'elles, elles ont besoin de moi, on a vraiment besoin l'une de l'autre, donc je trouve que c'est important.

- Est-ce qu'il y a des formations qui vous sont proposées régulièrement ?

- On a beaucoup de formation sur tout ce qui est spécialisé dans les pathologies. Donc beaucoup de soins pour les prothèses, tout ce qui est gynécologie, on a des formations très spécialisées là-dessus. Après, on va avoir des formations sur tout ce qui est gestion d'urgence. Ce qui est quand même assez important parce que la nuit on est seule. Après, on va avoir d'autres formations sur la manipulation des patients, ou la formation incendie qui revient tout le temps. Donc, nous, on a pas mal de formations proposées. Elles sont affichées pour trois mois. On en a pratiquement quatre pour trois mois avec plusieurs dates à chaque fois pour que le maximum de personnel puisse y aller.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- Pour moi, c'est quand on arrive plus à faire face parce que le travail devient trop intense, que l'on a que deux bras. C'est frustrant cette sensation de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout des choses parce que l'on a autre chose qui nous attend. Pour moi l'épuisement professionnel, c'est quand on en arrive là, quand on se dit que l'on y arrive plus, parce l'on arrive plus à tout gérer.

- Avez-vous déjà constater l'épuisement professionnel chez des collègues de travail ?

- Oui, bien sur Mais surtout quand j'étais étudiante, en stage, parce que devant ses collègues, on va plus jouer un jeu, devant des étudiantes on ne va pas trop se cacher. Oui, des personnes qui n'on plus envie de venir, qui traînent des pieds, qui prennent des pauses de deux heures parce qu'elles ne vont plus, elles n'ont plus envie d'aller dans les chambres et elles sont vraiment très nonchalantes. Parce qu'elles n'en peuvent plus.

Avec les patients, c'est assez bizarre parce qu'il n'y a plus de relation. C'est à peine « bonjour », à peine « au revoir ». Finalement le patient est là, mais on va faire complètement autre chose et je pense que l'on ne remarque même plus ni le visage, ni le nom de la personne. C'est assez bizarre. Avec les collègues finalement euh, je crois que ce qui sauve dans ces cas là ce sont les collègues, mais après faut que ça se passe bien dans l'équipe. Parce que si ça se passe mal avec l'équipe, c'est plutôt, y a pas de relation avec l'équipe quoi. Mais le problème c'est, je pense aussi que dans l'épuisement professionnel le facteur équipe il y est pour

quelque chose quoi. Parce que, parce que y a beaucoup de conflits hein, ça on ne doit pas le cacher, dans les services ça grouille de conflits.

- Alors justement, le travail d'équipe, c'est quelque chose qui vous semble important ?

- Oui, c'est important. Sans travail d'équipe, il n'y a pas de prise en charge globale du patient parce qu'on va faire chacun ou chacune les trucs dans notre coin sans dire à l'autre ce que l'on a fait. Et on peut demander conseil. Moi, en tant qu'infirmière, il m'arrive souvent de demander conseil aux aides-soignantes parce qu'il y a des trucs qu'elles maîtrisent plus que moi, des pathologies qu'elles maîtrisent plus. Pour tout ça, le travail en équipe c'est important. Et puis aider la personne, prendre le relais d'une collègue quand elle n'en peut plus avec un patient, c'est important je crois.

- Parfois, l'épuisement professionnel est évoqué comme un risque du métier infirmier, qu'en pensez-vous ?

- Je pense qu'aujourd'hui l'épuisement professionnel est un risque du métier, car l'on manque de personnel, et de toute façon on va être épuisé. Parce qu'il n'y a pas de personnel. Nous, on manque de personnel la nuit, il n'y a pas assez de personnel le jour, donc on est obligé de pallier au travail qui n'est pas fait par d'autres. Donc, forcément, si le physique en prend un coup, le moral en prend un coup et on arrive sur l'épuisement professionnel. Tant qu'on arrivera pas à remplir les quotas on sera dans ce problème là.

- Alors cet aspect rentre dans le cadre des conditions de travail, mais il y a aussi un autre aspect qui peut être évoqué, c'est la charge émotionnelle dans la relation au patient, la confrontation à la maladie et à la mort, est-ce que pour vous cette charge émotionnelle est un facteur important du risque d'épuisement professionnel ?

- Moi, en étude, j'ai toujours entendu qu'il fallait qu'on reste neutre. Des décès, j'en ai eu énormément sur ma période d'étude, j'ai du en avoir une cinquantaine en trois ans, ce qui fait que moi, j'ai voulu arrêter ma formation en début de troisième année. C'était déjà de l'épuisement professionnel précoce (rire), c'est pour ça qu'aujourd'hui je voudrai me réorienter. Cette charge émotionnelle, elle est effectivement présente et elle est très difficile à gérer. Aujourd'hui, je me permets plus de choses, j'ai pleuré avec une famille, avec le mari

d'une dame de trente ans qui est décédée il y a peu de temps parce que, parce qu'il fallait que ça sorte, parce que je pense que plus on va le garder, plus on le garde pour nous, plus on va s'épuiser. On est humain, il faut que ça sorte. Et puis si ça sort devant les familles, elles le comprennent. Je pense qu'elles le comprennent très bien. Et, finalement, sortir les émotions peut-être que ça évite pas mal de soucis. Tout garder pour soi, je pense que ce n'est pas bon.

- Comment l'épuisement professionnel a été évoqué au cours de votre formation en IFSI ?

- L'épuisement professionnel on l'oublie. Parce qu'on est dans une formation de « bisounours », où tout est beau, tout est rose. Et puis finalement, quand on arrive en troisième année, en fin de troisième année, on va commencer à nous dire que le service n'est pas si facile que ça. Mais, on est face à des cadres infirmières qui ne sont plus en service parce que c'est le cas, et qui vont nous dire que l'épuisement professionnel n'existe pas. En fait on est face à de jeunes cadres de trente ans qui n'ont fait que cinq ans de service qui viennent nous dire que c'est magnifique, que tout est beau, tout est rose, et qu'il y a des psychologues et que, etc.

Quand j'ai voulu arrêter ma formation, c'était au grand étonnement de certains de mes formateurs qui se demandaient ce que j'avais à reprocher au service, c'était tellement bien finalement.

J'ai fait mon mémoire sur la relation à mettre en place avec un patient en choc émotionnel, ça partait d'un décès à la base. Donc j'avais toute une partie de mon mémoire qui portait sur la relation soignant/soigné, alors ça je m'en souviens bien, mais le problème c'est que ma guidante ne voulait absolument pas que je critique. Dans mon mémoire, il fallait que j'analyse positivement toute la situation. Il ne fallait pas que je remette en cause le service ou les pratiques, la seule personne que je pouvais remettre en cause, c'était moi. Mais on ne remettait pas en cause un service ou des pratiques. Il y a vraiment un souci parce que finalement, on va essayer de cacher quelque chose alors que déjà la relation soignant/soigné elle n'est pas aisée, parce que c'est deux personnes avec leurs interactions et de toute façon ça ne peut pas, ça ne colle pas forcément tout le temps. Enfin, moi j'étais dans une situation où il ne fallait pas dire. Ma guidante refusait complètement.

- On peut se demander si ce non-dit que vous évoquez ne contribue pas à une culpabilisation du soignant ?

- Ah, oui ! Je pense que c'est quelque part leur dire « c'est vous qui êtes en échec, ce n'est pas autour, ce n'est pas l'institution, c'est vous ». Alors que c'est faux. Parce que cet épuisement, il est trop général, il est trop présent, pour que seules les personnes individuellement en soient responsable. Enfin, c'est une idée parce que sinon ce ne serait pas si fréquent.

- Quelle est la relation entre prise en charge globale du patient et travail d'équipe ?

- La prise en charge globale dans l'idéal ce serait un travail d'équipe. L'aide-soignante, l'infirmière c'est bien, mais la-dedans on oublie le ménage de la chambre parce que ça évite les infections nosocomiales, ça évite le risque d'infection, on oublie le médecin, on oublie le cadre infirmier qui lui a organisé l'hospitalisation. Le travail d'équipe, il ne se fait pas parce qu'il y a des médecins qu'on ne voit pas, qui ne font pas de prescriptions, qui ne veulent pas passer. Et puis, il y a des fois des problèmes d'équipe. Le problème, c'est qu'il y a les ASH, les aides-soignantes, les infirmières et les aides-soignantes et les infirmières se mélangent plus, mais il y a quand même certains services où moi j'ai vu les aides-soignantes manger ensemble, puis les ASH, puis les infirmières. Pour une prise en charge globale du patient, c'est pas possible. Parce qu'il n'y a pas suffisamment de communication. C'est simple.

Y a certains services où l'organisation va être faite de telle façon qu'il y ait toujours une aide-soignante et une infirmière d'un côté mais dans certains hôpitaux ou services on va se retrouver avec des infirmières d'un côté et des aides soignantes de l'autre, deux aides-soignantes d'un côté et deux infirmières de l'autre. Les aides-soignantes vont passer et les infirmières vont passer derrière. La toilette, c'est un moment très important et les infirmières s'en déchargent très facilement. Elles relèguent ça comme un soin aide-soignant alors que la toilette au niveau du recueil de données, au niveau de la douleur, c'est très important. C'est là qu'on se rend compte si le patient est souffrant. C'est pas en le voyant et en posant une perfusion qu'on s'en rend compte. Donc rien que la toilette, c'est un soin important parce que on peut aider à manipuler et on peut faire les pansements. Si on fait tous les soins à deux d'un coup, les soins aide-soignants et les soins infirmiers, déjà on dérange moins le patient. On est moins là dans la chambre, on est moins à le manipuler, on lui fait moins mal. Donc déjà

comment faire une bonne prise en charge globale du patient quand il y a un acteur puis un autre puis un autre, non, ce n'est pas possible. Faut vraiment travailler ensemble, si on ne travaille pas ensemble, on ne peut pas prendre correctement en charge le patient.

- Comment se passe la collaboration avec le médecin ?

- Le médecin va venir à l'heure qu'il souhaite. Les chirurgiens, c'est un peut à part, parce qu'ils sortent du bloc, des fois ils sortent tard, mais bon, ils peuvent aussi nous faire tourner en bourrique. Mais les médecins, s'ils ont envie de venir à 20h30, ils vont venir à 20h30. Ils savent très bien qu'à 21 heures ce sont les gros soins, mais ils décident de passer avant. Il n'en ont absolument rien à faire parce que leurs impératifs sont plus importants, et l'infirmière ne va pas oser leur dire. On est finalement dans une forte position hiérarchique entre les deux et on a du mal à s'en décoller. Déjà, on voit des médecins qui nous tutoient alors que nous on les vouvoie, et là déjà y a pas de travail en collaboration quand il y a cette différenciation. Moi, je pense que si on est deux à se vouvoyer, il peut y avoir un travail en collaboration, deux à se tutoyer pareil, mais un « vous » un « tu », c'est pas possible. Parce que très franchement, c'est inégal.

Et puis, il arrive qu'on ne voit même pas le médecin passer. On ouvre le dossier, « Tiens, il y a une prescription », il n'est même pas venu nous le dire. Certains médecins vont demander à ce que l'on soit là, d'autres n'en ont absolument rien à faire. Parfois, c'est des coups de vent, on n'a pas l'impression qu'ils sont là. Mais comme ils ne dorment pas sur place, nous quand on a des problèmes la nuit, quand on doit réanimer un patient, on a personne, on a beau essayer de prévenir, c'est nous qui nous débrouillons tout seul. Le temps que les médecins arrivent, il peut se passer trois fois des trucs. Donc, on dépasse nos fonctions, très franchement. Et ça, ça peut être une cause d'épuisement professionnel de dépasser ses fonctions, parce que c'est du stress. Parce qu'on n'est pas médecin, mais on le fait parce on n'a pas le choix.

- En quoi consiste le dépassement des fonctions ?

- Par exemple, passer des médicaments quand on n'a pas de prescription. Des fois, on a des personnes qui souffrent, on a aucune prescription. Des patients la nuit qui reviennent du bloc, qui depuis douze heures n'ont pas uriné, ils ont un ventre comme ça, tout dur, on n'a pas le droit de sonder, alors on va passer des médicaments sans prescription. Si c'est une femme, on

va faire des sondages évacuateur, si c'est des hommes on ne peut pas. J'ai une collègue qui a eu un gros souci avec un homme. Elle l'a sondé, c'était la première fois, elle a éclaté la prostate. Mais il n'y avait pas de médecin joignable et le monsieur avait très mal, elle a fait ce qu'elle pouvait. Le monsieur peut très mal le prendre, le médecin aussi, mais, pour elle, à ce moment là, c'était très compliqué. Moi, je crains de me retrouver un jour dans ce type de situation, c'est une décision très difficile à prendre.

- Cela **touche le problème de l'autonomie de l'infirmière ?**

- Oui, je travaille de nuit, on est très très autonome en fait, parce que pour joindre quelqu'un ce n'est pas évident. Certains médecins sont très facilement joignable, d'autres, quand c'est eux, on sait très bien que soit on va se faire envoyer bouler parce qu'ils ont envie d'être avec leur famille, ils on envie de faire autre chose, soit on ne peut pas les joindre du tout. Ça c'est un souci.

- À **travers ce que vous m'avez relaté, on voit qu'il y a un problème de responsabilité que met en évidence l'exercice d'une autonomie de fait, liée à des situations où vous êtes contraintes d'agir en absence de médecins ou de prescription. Est-ce que la mise en place de protocole pourrait être un élément de réponse à ce type de situation ?**

- Pour les protocoles, c'est vrai que dans les hôpitaux publics, ça peut le faire. En clinique, on est souvent tout seul, parce qu'il n'y a pas ou peu de protocoles. Et puis, ils sont peu connus, les vieux soignants ne sont pas habitués aux protocoles. Nous, on arrive, on est tout neuf, on vit de protocoles parce que l'on a été formé dans tel ou tel CHU où il y a des protocoles partout. On est dans cette démarche de protocoles que certains soignants n'ont pas parce qu'ils n'ont pas été habitués, formés avec. Donc déjà, il faudrait pointer ça. Mais de toute façon, il y a peu de protocoles pour être autonome, couvrir notre responsabilité. On a beaucoup de prescriptions par téléphone ; mais ce n'est pas valable, parce qu'il n'y a pas de traces. Donc des fois, on se retrouve à placer des trucs, on se dit faut que ça passe parce que sinon, c'est pour nous.

- **Est-ce qu'il y a un sentiment de reconnaissance ou un défaut de reconnaissance de votre travail ?**

-De la part des patients, il y a de la reconnaissance. Surtout, quand on est de nuit. C'est, important pour les gens « Vous étiez debout toute la nuit ?» Oui, mais ça ne nous dérange pas. Il y a de la reconnaissance parce qu'on est là, on ne les laisse pas tout seul. Ils s'en rendent compte, surtout la nuit qui est un moment difficile à passer pour les patients. La nuit, après un bloc, ou la nuit, quand on est en soins palliatifs, c'est généralement là où on part, donc eux, ils on cette reconnaissance envers nous et c'est vraiment très important. Surtout pour nous. C'est vrai que c'est assez agréable.

- Et au niveau de la hiérarchie ?

- Non. Au niveau de la hiérarchie, pas de reconnaissance. On est payé, on fait nos horaires, tant que ça roule. Et si ça ne roule pas , on va nous le dire.

- Quels sont les changements qui vous paraîtraient pertinents au niveau de l'organisation du travail infirmier ?

- A chaque nouveau protocole, parce qu'on a des protocoles antalgiques par exemple, il faudrait former tous les soignants. Parce qu'il y a un problème de génération et de formation. En fonction des générations on n'a pas entendu les mêmes choses. Par exemple, il y en a pour lesquels il faut être très prudent avec la morphine. On leur a dit qu'il ne fallait pas trop en donner pour éviter l'accoutumance, moi j'ai eu une formation où l'on m'a dit que l'on pouvait y allez sur la morphine, qu'il n'y a pas de risque d'overdose, qu'il n'y a pas de souci. Donc on se retrouve en confrontation. Moi par exemple, je vais faire d'une façon pendant que ma collègue d'en face qui a cinquante ans va faire autrement. Donc déjà, il faudrait une uniformisation des pratiques. Il faudrait des formations qui permettent une uniformisation des pratiques, quitte à les imposer même si ça ne fait pas plaisir, mais le problème c'est que il faut qu'on arrive à quelque chose de cohérent. Il faut que tout le monde marche pareil. Et puis augmenter la collaboration médecin/infirmier, qu'il y ait un véritable travail entre médecins, infirmiers, et les aides-soignantes, parce que les médecins ont tendance à trop vite oublier les aides-soignantes, alors que sans les aides soignantes les hôpitaux ça ne tournerait jamais, jamais. Parce que ce sont elles qui sont proches du patient, plus que l'infirmière, et pourtant c'est l'infirmière qui a tous les lauriers, mais c'est l'aide-soignante qui les mérite parce que c'est elle qui se casse le dos et ce n'est pas l'infirmière.

Qu'il y ait une reconnaissance des aides-soignantes, parce que je pense que le jour où il y aura cette reconnaissance, elles se donneront aussi plus, parce que pour l'instant, elles savent très bien que de toute façon, elles sont mal vues, elles n'ont pas de place : elles sont là heureusement hein, mais en même temps pourquoi leur demander leur avis.

Donc il faudrait qu'il y ait un vrai travail de collaboration et une uniformisation des pratiques. Moi, c'est ce que j'aimerai.

- Pensez-vous que vos compétences sont pleinement utilisées ?

- Non. Elles ne sont pas pleinement utilisées parce que par exemple, il y a des gestes très techniques qu'on ne va pas utiliser et que l'on va perdre. Enfin, je les ai toujours malgré tout et ils pourraient me servir mais, actuellement, ces compétences là ne me servent pas. Donc y a des trucs oui, c'est dommage mais.

Après en fait, je voudrais avoir un travail de nuit, le jour. Finalement, j'ai une grosse relation avec mes patients, parce que je suis très longue à faire le premier tour, parce que les patients sont réveillés, mais après je ne les vois plus. Si je pouvais approfondir ma relation avec mes patients, ça me ferait plaisir, parce qu'à la base je pense que je suis infirmière pas pour piquer mais pour être en contact avec des personnes.

- La question de l'identité professionnelle revient régulièrement dans le milieu infirmier, pourquoi d'après vous?

- Je pense que finalement on a beaucoup de reconnaissance de la part de la population, des fois peut-être un peu trop, parce qu'il ne faut pas non plus exagérer, on n'est pas mère Thérésa, on a un salaire à la fin du mois. Ce n'est pas une vocation, il ne faut pas l'oublier, parce que sinon on serait toutes bénévoles (rires). Mais, je pense que les infirmières, elles ont un problème qui est lié à la hiérarchie, tout est lié à la hiérarchie. On va dire « Monsieur Machin, Docteur Untel m'a sauvé la vie » et on va oublier l'infirmière. Et il y en a beaucoup qui disent « C'est nous qui avons fait les soins, c'est nous qui avons fait les pansements, qui avons fait qu'il y a pas eu d'infection », ça c'est sûr. Mais, c'est le nom du chirurgien que les gens retiennent. Et je pense que ça, ça joue beaucoup, c'est à cause de cela que l'on n'est pas reconnu. On va reconnaître le médecin mais pas l'infirmière.

Je pense que les infirmières, elles ont besoin d'être reconnues et elles passent par d'autres techniques. On est passé par le diagnostic infirmier. C'est quelque chose d'assez drôle le diagnostic infirmier parce que finalement, ça ressemble à un diagnostic médical, mais c'est posé par les infirmière donc il va en découler certains soins techniques. Là, d'une certaine façon, elles montrent finalement leur importance : nous aussi on sait diagnostiquer, nous aussi on sait être là, on ne va pas savoir dire quelle maladie, mais on sait dire quels symptômes et ce qu'il en découle en termes de soins. Et là elles se battent pour la prescription des antalgiques. Donc elles commencent à se battre. Elles essaient d'être de moins en moins subordonnées au médecin et ça c'est clair et net. Elles essaient de montrer que sans le médecin, la prise en charge, elle peut avancer. Et je pense que c'est important.

Mais en même temps, plus on évoluera en parallèle moins ça marchera. Je pense que ce qui est important déjà, c'est que les médecins reconnaissent le diagnostic infirmier. Car s'ils le reconnaissent, c'est reconnaître le travail de quelqu'un et ses compétences. Je pense que c'est important que les médecins reconnaissent des compétences aux infirmières sur leur terrain qui est un terrain commun. Ils reconnaissent certaines compétences aux infirmières, ce serait mentir que de dire le contraire, les pansements, tout ce qui est soins techniques, ils disent très bien qu'ils seraient incapables de les faire. Après ils sont là pour euh, pour tout ce qui est diagnostic, mais savoir ce qu'il faut faire, quelle prise en charge mettre en place, tant que les infirmières ne seront pas reconnues par les médecins sur ces qualités là, il n'y aura pas une vraie collaboration, un vrai travail en commun.

Il faut que l'infirmière arrive à s'imposer, ce qui est très difficile face à des médecins. Mais après, il n'y a pas qu'aux médecins à faire des efforts envers les infirmières, mais il faut que les infirmières aussi soient là et se montrent. Mais évidemment, c'est pas évident. Parce qu'ils ne sont pas prêts de laisser un peu de leur place.

En fait, le diagnostic infirmier est complètement inexistant pour le médecin, mais c'est vrai que les infirmières ne posent pas clairement leur diagnostic. Un médecin ça va poser un diagnostic clair, mais l'infirmière elle donne un symptôme plutôt que de donner son diagnostic. Donc déjà, est-ce qu'on ne devrait pas se montrer avec nos diagnostics ? Il y a tout un travail à faire et je pense que ça va être compliqué.

Ce qui est fou, c'est que dans la formation infirmière, on a des démarches de soins à faire, et dans les démarches de soins, on a toute une partie où ce ne sont que des diagnostics infirmiers et c'est comme ça dans tous les IFSI, et le Diplôme d'Etat infirmier veut qu'on parle des diagnostics infirmiers, il ne faut parler qu'en termes de diagnostics infirmiers et, finalement, quand on arrive en service on doit tous les oublier parce que l'on ne s'en sert pas.

Finalement, les IFSI sont en avance, mais c'est peut-être leur rôle, parce que s'ils ne s'y mettent pas, les infirmières ne s'y mettront jamais. De toute façon, c'est en formant les générations à venir qu'on y arrivera. Mais je pense que nous, on est encore une génération assez frileuse la dessus. On est encore sur notre BAC + 3 plutôt que de penser à un autre combat. Donc peut-être qu'un jour on trouvera ce combat.

- On arrive au terme de l'entretien, mais peut-être avez –vous des remarques à faire, voulez-vous ajouter quelques choses sur un aspect ou un autre de votre métier ?

- Ça fait bien le tour. On arrive à faire le tour du métier finalement en quelques questions. On ne s'en rend pas compte, on se laisse entraîner et on y arrive bien.

Entretien 7 (49 minutes)

Infirmière ayant démissionné un mois avant l'entretien pour travailler dans le secteur libéral. Diplôme d'Etat obtenu en 1996.

- Pouvez-vous me décrire ce qu'était votre travail, vos fonctions, votre mission ?

- En gros ma tâche, c'était de recevoir le patient, c'était l'accueil du patient. Ensuite répondre à ses besoins quand il arrive, lui expliquer ce qui allait se passer. Par exemple , en chirurgie, lui expliquer un petit peu en quoi consistait son intervention, qui il allait rencontrer tout au long de son séjour. Après ça, d'autres personnes le prenaient en charge. Moi, je le rentrais sur l'ordinateur. Ensuite, j'attendais qu'il soit vu par le médecin. Une fois vu par le médecin, j'avais des prescriptions et là, à ce moment là, je pouvais lui donner le traitement adéquat.

Notre travail, c'est un travail d'équipe, donc on collabore ensemble. A la fin de nos tâches le soir, on fait des transmissions ou le midi. Donc tout le monde parle du patient et puis on passe le relais à l'équipe suivante.

- Quelles étaient vos satisfactions dans le travail ?

- Surtout, quand le patient semble satisfait de ce qu'on lui procure. La satisfaction aussi, quand le travail d'équipe a bien fonctionné. Après, quand on rentre chez soi, c'est l'accomplissement de ma tâche du début jusqu'à la fin : est-ce que je l'ai bien accueilli ? Est-ce que j'ai répondu à ses attentes ? Une fois partie, être sûre d'avoir tout bien fait, c'est surtout ça les satisfactions.

- Et quelles étaient les attentes des patients ? Etaient-elles toutes en adéquation avec votre fonction ?

- Les attentes du patient, en général, c'est d'être rassuré quand il arrive. Qu'on lui explique bien ce qui va se passer et si quand il a mal quelque part, de ne plus avoir mal. Quand il boite, c'est quand il va sortir, de ne plus boiter, etc. Je pense que ses attentes correspondent à ce que nous essayons de faire. Je crois que c'est en adéquation, enfin j'espère, je suis assez positive (rires).

Quelque fois le patient veut plus que ce que l'on peut lui donner. Par exemple, le facteur temps, il clair que, nous, on ne peut pas rester une heure avec chaque patient. Quand on sait que notre tâche, c'est autant d'administratif que de soins, ça non, ce n'est pas possible. Alors quelques fois, il ne comprend pas trop et il le fait savoir. Parfois ce qu'il peut vouloir et qu'on ne lui donne pas, c'est des explications suffisantes. Quelque fois, il dit « ça, on ne me l'a pas dit, on ne me l'avait pas expliqué, le médecin il ne me dit rien sur mon cas, je ne sais pas, répétez-moi exactement ce qu'on m'a fait parce que je n'ai pas bien compris ». Donc, il peut y avoir un décalage de cet ordre là aussi.

- A contrario, qu'est-ce qui était le plus difficile ou le plus pénible ?

- Le plus pénible. Le plus dur. En tous les cas moi quand je suis parti de l'hôpital, c'était le manque de considération. C'était réellement ce que je ressentais. Enfin, moi, j'ai travaillé dans une grosse structure aussi, c'était vraiment grand. Et puis, moi, je faisais partie d'un pôle de remplacement, donc un peu d'essoufflement, parce que, effectivement toutes les semaines changer ou toute les deux semaines, se remettre en question, se réadapter à chaque équipe, à chaque façon de faire, c'était une vraie difficulté. Je l'ai fait cinq ans, je crois qu'au bout de cinq ans, enfin, en général, on y reste pas tellement plus.

Il y a aussi la hiérarchie qui est très présente ou pesante. Chacun a sa tâche à remplir mais quelque fois, il y a quand même des heurts. Ça je crois que c'est le plus pénible. Les horaires aussi, mais on connaît, moi j'ai eu une formation qui a duré trois ans et demi, pendant trois ans et demi on fait des stages, et pendant les stages on sait très bien que l'horaire c'est commencer à 6h, 6H15, finir à 14h, 14h15 et le soir c'est 21h. Alors, quand on a une vie de famille, 21h les enfants sont couchés par exemple. Ou inversement, quand c'est le week-end et qu'on est d'après-midi, on s'en va à 13 heures et tout le monde n'a pas encore fini de manger. On s'en va à l'apéro. Donc, ça reste difficile de travailler les week-end ou les jours

fériés, parce que tout le monde est là et nous on s'en va. Donc ça, c'est un des aspects négatifs du travail. Il y en a sûrement plein d'autres et à côté de ça, il y a plein de choses positives.

- Quand vous parlez d'un manque de considération, c'est surtout par rapport à la hiérarchie ou certaines catégories professionnelles ?

- Ça tenait peut être du fait que je bougeais beaucoup, donc même si les gens étaient très satisfaits de moi, c'est pas du tout ce que je sous-entend, mais en en ayant discuté avec des collègues, alors c'est peut-être la société actuelle qui est comme ça, on n'est qu'un numéro et voilà . Mais c'est vrai que nous, on est assimilé fonctionnaire et on a une note à la fin de l'année, et nous sommes encadrés par des cadres et tout le monde attend cette période là en se disant je vais être noté, et tout le monde s'attend forcément à être noté à la hauteur de ses espérances. Et quelques fois, il y a forcément un décalage entre l'appréciation, la note, et ce que la personne attendait. Donc souvent, ça ça met la pression, et un petit mécontentement général. On sent bien à cette période là que tout le monde se dit « Oui, mais, elle, elle a fait ça, et elle a cette note là. ». Alors, quand moi je parle de manque de considération, oui c'est ça : qu'on fasse bien son travail ou qu'on le fasse moins bien, finalement, on nous voit de la même façon. Moi, j'ai vu une fois une collègue jeter le planning au visage de la cadre, parce que son planning ne convenait pas, et j'ai vu le cadre ne pas broncher. Il n'y a pas eu de sanction, alors je me dis, nous, on se comporte bien et à la finale on a le même égard. Pareil, moi, je faisais partie d'un service qui était une petite équipe puisque c'était les soins intensifs de cardiologie. Je suis une personne qui est plutôt motivée par son travail, qui aime son travail, et très disponible, et c'est vrai que si on doit bouger dans le planning, même si j'ai une vie de famille qui est équilibrée et tout ça, mon mari est quand même assez disponible, ce qui fait que lui va garder les enfants et moi je vais aller travailler. Et en fait, quand je suis partie du service, il y a des collègues qui m'ont dit « Mais tu sais, tu as changé ton planning plein de fois, et regarde les autres », parce que, nous, on avait un arrangement de planning, on avait décidé qu'on faisait tant de week-end par mois, et moi en bougeant j'en ai forcément un peu plus, mais moi je ne regardais pas ça, je ne regardais pas ce que mes collègues faisaient, je le faisais parce que ça me faisait plaisir peut-être aussi de le faire, parce que sinon, à ce moment là, j'aurai dit non comme les autres. Mais, je ne m'en rendais pas compte, et quand je suis parti, mes collègues, juste avant que je parte, m'ont dit « Mais regarde, c'est injuste parce que finalement, toi, tu en as fait plus que les autres » et c'est vrai que moi, je ne m'en rendais pas compte. Donc quand je suis partie, finalement, j'ai eu l'impression d'avoir été lésée. Alors

peut-être que c'est parce qu'on a voulu me mettre les yeux dessus, mais à ce moment là je me suis dit, effectivement le monde est assez injuste parce qu'il y en a toujours qui sont lésés par rapport à d'autres. Enfin voilà, voilà le vie du travail, je pense que c'est assez général finalement. On peut voir ça un peu partout. Mais c'est vrai que ça a contribué au fait que je suis partie un petit peu désabusée en me disant, par exemple, « Moi le jour où je serai cadre – parce que c'était un de mes projets – j'essaierai de ne pas faire ça par exemple. J'essaierai d'être juste et de demander, faire un turn-over, toi tu l'as fait la dernière fois, je vais demander plutôt à quelqu'un d'autre de le faire». Voilà.

- **Qu'est-ce que ça évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?**

- L'épuisement, je reviens aux horaires. Quand la vie à côté va bien, tout va bien. Par contre, quand la vie à côté va moins bien, on n'est moins tolérant, et là je crois que ça peut être un facteur d'épuisement, le rythme quand même assez soutenu au niveau des horaires puisqu'on se lève tôt, on se couche tard. Moi j'ai des collègues qui font la sieste , d'autres qui n'en font pas, ou des collègues qui se couchent tard alors qu'elles se lèvent de bonheur, alors forcément. Donc ça, ça peut être une source d'épuisement. Il suffit qu'elles aient un épuisement moral à côté, parce que dans la vie ça ne va pas très bien, alors là forcément, elles seront très fatiguées. Voilà.

Maintenant, les gens épuisés par leur travail, moi, j'ai souvent entendu des collègues dire qu'elles ne feront pas ça toute leur vie, parce que c'est épuisant. Par exemple, moi j'ai fait deux ans et demi de nuit. C'était franchement épuisant. On était sur un rythme inversé par rapport aux autres. Quand je rentrais me coucher, tout le monde se réveillait. J'avais fait ça pour avoir plus de repos, parce que l'on a des récupérations, mais je me suis vite aperçu que les repos que j'avais, je les dormais et que même les jours où j'étais de repos et où j'aurai dû me lever comme les autres jours, j'étais tellement fatiguée que je dormais jusqu'à midi ou une heure.

Et puis le manque de considération comme je disais tout à l'heure, et le manque de personnel aussi. Le fait que l'on essaie de remplir notre tâche et que ce ne soit pas vraiment reconnu. Souvent on en parlait entre nous et ça revenait sur le tapis.

- **Parfois est évoquée la charge émotionnelle dans le cadre de la relation soignant/soigné. Qu'est-ce que vous en pensez ?**

- Ça doit dépendre du service dans lequel on va travailler. Sûrement. Mais moi, je n'ai pas l'impression que ça m'épuisait. Mais il suffit de travailler en oncologie par exemple, là c'est possible de s'épuiser assez rapidement. Je suis allé travailler en dermatologie, plusieurs mois pour des remplacements, j'ai pu suivre des patients jeunes qui sont morts du cancer de la peau, les collègues auraient aimé que je reste, mais effectivement je n'aurai pas pu y travailler. Parce que, pour moi, je suis infirmière, je côtoie la mort effectivement, mais c'est plus facile pour moi de voir quelqu'un d'âgé mourir parce que c'est dans l'ordre des choses, plutôt que de voir des personnes encore jeunes. Je me souviens de deux jeunes mamans qui sont décédées, elles avaient toutes les deux des enfants en bas âges, on se dit que le monde est injuste, pourquoi elles et pas d'autres, pourquoi c'est tombé sur elles. Donc j'avais répondu par la négative en disant que ce service là, même si j'aimai beaucoup, l'équipe était génial, forcément, dans ces services qui sont difficiles, en général, l'ambiance est bonne, les gens travaillent réellement en équipe, ils ont tous besoin les uns des autres. Donc c'est ce que je disais, l'épuisement effectivement peut se faire dans des services comme ça.

Maintenant, la mort, enfin une des choses difficiles. Par exemple, la chirurgie, les gens ne meurent pas à tour de bras, donc, les infirmières en chirurgie ne vivent pas des choses très difficiles et là on ne pourrait pas dire qu'elles ont une charge émotionnelle très importante. A côté de ça, en chirurgie re-constructive, les gens qui ont des malformations des choses comme ça, je peux imaginer que ce soit difficile. Ou alors en ORL, il y a des gens qui ont un cancer de la gorge et il faut retirer la tumeur, et des fois on retire une bonne partie du visage. Donc, là, les gens qui travaillent dans ces services là, effectivement, ils peuvent être épuisés au bout d'un moment parce que c'est difficile en charge émotionnelle. Mais après, quand on travaille dans des services de médecine traditionnelle, comme moi j'ai travaillé en cardiologie, ou quand on va en traumatologie, quelque chose comme ça, non, la charge émotionnelle n'est pas lourde. Peut-être que certaines infirmières trouvent que c'est difficile, mais je n'en suis pas persuadée, je ne pense pas qu'il y ait une charge émotionnelle très forte.

- Donc pour vous, l'épuisement professionnel serait davantage dû aux conditions et à l'organisation du travail qu'à la relation soignant/soigné ?

- Oui. Tout à l'heure, je vous ai parlé de la hiérarchie présente, pesante, et moi, je suis partie de l'hôpital parce que j'en avais franchement marre. Et je ne vous l'ai pas dit tout à l'heure,

mais quand on parle insatisfaction, il y a aussi le côté rémunération. Quelqu'un qui travaille à l'hôpital, quelqu'un qui travaille en libéral, pourtant on a le même niveau d'études, après la charge de travail est forcément différente, parce que moi qui suis sur le terrain maintenant je me rends bien compte que c'est beaucoup plus d'heures. Je me plaignais tout à l'heure des horaires où il fallait se lever tôt, se coucher tard, mais là en faisant du libéral, on a vraiment beaucoup d'heures à donner sur le terrain. Mais moi je suis partie de l'hôpital parce que ça ne payait pas suffisamment et je m'aperçois qu'en libéral, je gagne forcément beaucoup mieux ma vie.

Mais, je parlais de la hiérarchie pesante. Je suis partie de l'hôpital parce que j'en avais un petit peu marre d'être trop encadré finalement. En libéral, le jour où j'ai commencé les soins, j'ai au départ était encadré par des infirmières libérales. On a fait plusieurs fois la tournée ensemble. Mais le jour où j'ai commencé toute seule, j'ai senti une liberté incroyable. Alors là, forcément les soins sont à faire, il y a une exigence. Il n'y a pas le cadre qui viendra voir si les choses sont correctement faites, mais là, ce sera l'œil du patient qui attendra quelque part un peu plus même que ce qu'il attendait à l'hôpital. Et en fait, le médecin viendra constater si les soins sont correctement fait ou pas. Donc , on va dire que ça se déroulera plus ou moins de la même façon, mais je peux y aller au rythme que je veux. Et puis, il n' y a plus à s'habiller, parce que ça, c'était aussi super contraignant. On s'est levé, on s'est habillé chez nous. La matin, on arrive à l'hôpital il faut se déshabiller, et se rhabiller en tenue, en uniforme. On repart, on se re-déshabille, on se rhabille et le soir on se re-déshabille de nouveau. Et ça, ce rythme là, tout le temps, tout le temps, tout le temps, quel bonheur de partir travailler sans avoir besoin de se dire « Ah, mince ! J'ai oublié ma blouse ou les chaussures ou… » voilà, et là c'est aussi une forme de liberté, et c'est une grande différence avec ce que je pouvais vivre à l'hôpital.

Et puis, à propos de la reconnaissance, à l'hôpital, sauf si à la notation à la fin de l'année ça se passait bien, en fait on l'attendait toute l'année. Alors que là, elle est immédiate. Le patient va vous dire tout de suite s'il est content ou s'il n'est pas content. Alors qu'à l'hôpital, finalement c'est secondaire, le patient aussi va nous dire tout de suite s'il est content ou pas content, mais peut-être qu'on en tiendra un peu moins compte parce que sur la masse, on en a par exemple, sur un quart, quinze ou seize en charge pour nous tout seul, alors content ou pas content, on aura de toute façon 10 minutes à lui consacrer, alors il nous dira s'il est content ou pas, mais on passera aussitôt au suivant. Alors que là, à domicile, on va y consacrer presque le même

temps, mais on va y revenir tellement souvent, qu'il va se créer un lien avec le patient. Et comme il n'y a pas trois mille infirmières, le patient se souvient forcément de nous, de notre prénom. A l'hôpital, les gens sont soignés par celle du matin, celle de l'après-midi, celle du soir. Là, en fait, ils ont trois interlocutrices, puisque nous sommes trois infirmières à faire les soins en faisant un turn-over régulier, donc c'est pareil aussi, mais il y a moins d'interlocuteurs avec le patient. A l'hôpital, aux yeux du patient, on est une parmi tant d'autres. Et puis le cadre, c'est pareil, comme il encadre beaucoup de gens, on est une parmi tant d'autres. Peut-être qu'à la fin c'est pesant. C'est pesant d'être une parmi tous les numéros. On a envie aussi, quelque fois, d'être un peu reconnu, d'être au-dessus du panier. Mais c'est sûrement peut-être même impossible à l'hôpital, ça je n'en sais rien. Mais ça, ça peut être une insatisfaction de plus en plus importante qui fait qu'on ait envie de s'en aller.

- Comment se passait le travail en équipe, le travail en collaboration avec les collègues, les médecins ?

- Moi, je suis quelqu'un d'assez positif, alors je n'ai jamais eu vraiment de difficultés de relation, de communication que ce soit en lien avec le médecin ou en lien avec les aides-soignantes, parce qu'en fait ça marche par pyramide ou par échelle. En bas de l'échelle, il y a la femme de ménage qui est là pour faire tout ce qui est entretien, après il y a l'aide-soignante qui va entourer le patient par ses soins, toilettes, restauration, et après il y a l'infirmière qui elle va délivrer les soins et enfin le médecin qui va décider de ce que l'on va faire. Moi, je n'ai jamais eu de difficultés, ou alors une fois comme ça, mais jamais de difficultés à communiquer avec tous ces interlocuteurs. C'était peut-être une qualité qui était requise pour travailler dans le pool de remplacement. Parce que finalement, à côtoyer les gens du pool, on était toutes à avoir ce ressenti là. On s'adaptait facilement. Mais au long cours dans un service, oui, il peut y avoir des difficultés relationnelles, puisqu'on est une collectivité et que l'on ne peut pas s'entendre avec tout le monde. Il y a forcément des petites choses qui vont déplaire à certains et certaines, et qui vont créer des conflits.

Mais nous, infirmières, notre formation nous apprend à rester dans les limites de notre compétence. Donc moi j'ai toujours essayé dans tous les cas de rester dans ces limites là et de ne pas les franchir. Il est arrivé sûrement, de nombreuses fois, où je n'étais pas d'accord avec ce qui allait être prescrit ou la façon de faire du médecin, mais c'est lui le prescripteur, c'est lui le médecin et pour le coup je n'avais pas, oui j'avais peut-être mon mot à dire, mais

seulement mon mot à dire dans tous les cas. Je ne sais pas si je m'exprime très bien. Mais, quelque fois, quelqu'un souffre et la prescription est trop timide, trop timorée. Nous, on est confronté de nouveau au patient qui va souffrir. Ça va être très fatigant, très épuisant, puisque moi je n'ai pas le droit de lui donner quelque chose de plus fort, puisque je ne suis qu'une, comment dire, je ne fais qu'appliquer ce que l'on m'a demandé de faire et je ne peux pas de mon propre chef dire « Attends, il a mal, moi je vais lui donner ça ». Mais non, vous n'avez pas le droit de le faire, donc je ne l'ai jamais fait. Donc, j'ai toujours finalement essayé de discuter avec le médecin pour essayer que l'on soit sur la même longueur d'onde. Quand je dis que l'on soit sur la même longueur d'onde, c'est patient, infirmière, et médecin. Parce que ce n'est pas pour me faire plaisir que le médecin doit faire ceci ou cela. C'est un vrai échange de paroles pour satisfaire au mieux le besoin du patient. Moi, j'ai toujours travaillé comme ça, et je crois qu'on essaye toutes de travailler comme ça. Maintenant, après, si on a une haute estime de soi et que l'on se croit finalement bien plus supérieur que le médecin, parce que j'en ai rencontré quand même de nombreux infirmiers ou de nombreux médecins, quelque fois le dialogue est difficile. Quelque fois, on n'a même pas notre mot à dire. Pourtant c'est un travail d'équipe. Ou, quelque fois, l'infirmière va dire « De tout façon moi, lui, il est incompétent… » ça arrive quelque fois. On a des internes qui arrivent, c'est le début, ils ne savent pas trop, la fille elle est là depuis vingt ans, elle connaît par cœur son boulot, elle sait très bien que ce qu'il est entrain de faire ou de prescrire ça ne suffira pas. Alors, après, il y a la façon de faire ou de dire qui va être différente. Mais ça doit être normalement un vrai échange, un vrai dialogue. Alors j'imagine que celle qui a fait vingt ans son boulot, au fur et à mesure, parce que les internes restent six mois, au bout de six mois ça va lui plaire mais les quatre premiers mois vont être difficile. Elle va être contente que deux mois. Donc sur une année, finalement elle va être contente que quatre mois. Et ça, je pense qu'au bout du compte, effectivement, peu à peu au bout de cinq ans, elle va être fatiguée, parce qu'elle ne va pas être contente de ce qui va se faire dans son service, parce que ça fait beaucoup trop longtemps qu'elle est dans le même service. Ça, je n'en ai pas parlé non plus, mais moi, quand j'ai commencé, on nous disait, les professeurs nous disaient que, en général, c'était bien de pouvoir tourner, car notre travail nous le permet. Quand on est infirmière, on est infirmière point. Après, il y a des spécialités, mais elles sont finalement assez peu nombreuses. Donc, on est infirmière, mais on peut travailler aussi bien en cardiologie, en traumatologie, en chirurgie, chez les personnes âgées, et en fait on a un éventail très large et on peut faire plein de carrières, on peut aller dans plein plein de services et se faire plaisir finalement. Au bout de cinq ans, tous les cinq ans changer ou tous les quatre ans changer. Moi, c'est un peu ce que

j'ai fait, c'est vrai que c'est ce qui nous a été conseillé de faire et, finalement, on le fait. Je suis assez contente d'avoir fait comme ça. Parce que quand je dis que j'ai fait six ans de cardiologie, en fait je ne suis resté que six mois dans un service traditionnel. Après ils ont eu besoin, parce que c'était sur un congé de maternité quand j'ai été embauché, après ils m'ont proposé d'aller dans l'autre service fonctionnel de cardiologie, donc j'ai eu affaire à une autre équipe. Et au bout d'un an et demi, j'ai demandé à changer, parce qu'au bout du couloir il y avait encore un service de cardiologie, mais plus pointu, c'était les soins intensifs de cardiologie, et je suis allé dans ce service là, et j'y suis resté un bon nombre d'années. Mais, j'ai donc beaucoup bougé. Et après, il y a eu plusieurs remplacements où je suis allé autant en médecine qu'en chirurgie et en gériatrie. Donc, ça fait une expérience assez riche et peut-être que c'est pour ça que j'aime autant mon travail, parce que j'ai vu beaucoup d'aspects du travail. Alors que je rencontre des infirmières qui vont avoir le même nombre d'années d'expérience que moi, qui sont fatiguées, mais elles sont restées douze ans dans le même service.

- Mais est-ce que c'est vraiment facile de changer de service au moment où on en éprouve le besoin, où on le souhaite ?

- Chez nous, et je crois que c'est un peu comme ça dans les autres hôpitaux, on a une fiche qu'on peut consulter sur l'Intranet ou sur une feuille volante où sont proposés différents postes vacants et c'est à nous de postuler au sein du même hôpital pour un service différent. Par contre on exige, à partir du moment où l'on a choisi un service, d'y rester au moins deux ans. Voilà, c'est comme ça. Demain, je veux aller en pneumologie, donc je peux y aller, j'ai dit oui, je commence à travailler là-bas, j'y reste au moins deux ans. Et au bout des deux ans j'ai envie de partir, j'en parle à ma hiérarchie, donc j'en parle à mon cadre, et à ce moment là, une fois que mon cadre est averti, je réponds au poste en contactant le cadre du service en question, par exemple, en dermatologie, donc je vais contacter le cadre de dermatologie pour aller y bosser. Finalement, c'est assez facile. Maintenant, si au bout de deux mois, j'avais choisi la réanimation, mais je m'aperçois que les machines, c'est difficile, je m'aperçois que les gens ne répondent pas puisqu'ils sont sous respirateur et qu'il y a aussi un taux de mortalité important et que c'est trop dur pour moi psychologiquement, j'en parle à mon cadre, et, en général, il n'y a aucune difficulté pour en sortir. Parce que le cadre va bien comprendre la difficulté et que ce serait complètement stupide de laisser quelqu'un en difficulté dans un

service au risque pour le patient d'être mal soigné finalement parce que la personne se sent incapable de faire les choses. Voilà.

Donc oui, normalement la hiérarchie nous permet assez facilement de bouger au sein de l'hôpital. Maintenant, après, c'est une capacité personnelle. Certaines personnes se sentent vraiment incapables de bouger parce qu'elles se sentent liées entre au service et qu'elles ne se sentent pas capables d'assumer ailleurs, parce que c'est une autre équipe et surtout parce que c'est une autre pathologie et qu'elles ont peur de ne pas être à la hauteur.

- Il y a peut-être aussi un problème de réactualisation des connaissances ?

- Normalement, on fait trois ans et demi d'études, et les seules choses qui vont changer dans les services, ce sont les protocoles du service. Quand j'allais dans un nouveau service, souvent les gens me disaient « Oh là, là ! Ça doit être super dur quand même de changer, d'aller en chirurgie, d'aller en machin… ». Je leur répondais : « C'est comme si j'étais une cuisinière et que je changeais de cuisine toutes les semaines. Le cuisinier, il sait très bien ses recettes, il les connaît, la difficulté, c'est la cuisine, les assiettes où est-ce qu'elles sont rangées, les couteaux, l'aiguiseur, enfin voilà ». Normalement, l'infirmière, elle est capable de travailler dans n'importe quel service, parce qu'elle a toutes ses données en tête normalement et, effectivement, si elle s'est tenue plus ou moins au courant de ce qui se fait, le jour où elle passe dans un autre service, forcément les deux premiers mois vont être difficiles parce qu'on utilise tels ou tels produits et dans son autre service on ne les utilisait pas, ça c'est un protocole de service. Par exemple, on se sert de tel ou tel antibiotique et, là-bas, nous, on ne s'en servait pas. Est-ce que je vais être à la hauteur ? Oui, je vais être à la hauteur à partir du moment où je vais lire le protocole où tout est bien expliqué. Donc, normalement, on est capable de travailler partout. Sauf pour les gens qui sont spécialisés, par exemple, le pôle infirmière anesthésiste, là c'est particulier. Moi, demain on ne pourra pas me demander d'aller dans le bloc opératoire et d'assister l'anesthésiste, parce que je n'ai pas les compétences. Là c'est autre chose Mais normalement, on est capable d'aller travailler partout, autant en réanimation qu'ailleurs.

Mais si en théorie, durant les études d'infirmier, les différentes pathologies et techniques sont apprises, une partie importante de la formation, en particulier la mise en pratique de ce qui a été appris, se fait à l'occasion des stages, et finalement, au sortir de sa formation, l'étudiant

infirmier aura une connaissance pratique, une expérience, uniquement des pathologies et des techniques auxquelles il a été confronté en stage. J'ai d'ailleurs observé que souvent les jeunes infirmiers postulent sur des postes correspondants aux services dans lesquels ils ont été durant leur formation.

Oui, c'est vrai. Mais, en théorie, pour le diplôme, on va être questionné sur différentes pathologies. Donc, on doit toutes et tous apprendre la même chose puisque la sanction c'est le diplôme d'Etat et qu'on va être questionné. La seule différence ce sera les stages et quelque fois, pendant trois ans, on aura fait beaucoup plus de médecine que de chirurgie par exemple et donc on se sentira moins prêt à aller travailler en chirurgie qu'en médecine. Souvent il est dit qu'il est plus facile de travailler en médecine qu'en chirurgie, mais finalement, moi qui aie fait les deux, au début j'avais plutôt ce discours là, en me disant « Oh là, là, la chirurgie ! ». Je n'y étais pas allé durant ma formation et j'ai commencé à travaillé, pendant six ans, en médecine puisque j'étais en cardiologie. Le jour où je suis rentré dans le pool de remplacement, on m'avait clairement dit que ce serait des remplacements sur de la médecine, des remplacements sur de la chirurgie, et des remplacements sur la gériatrie, et que j'étais amenée donc à y aller travailler. Les premières fois, on y va avec le nœud au ventre en se disant « Est-ce que je vais être à la hauteur ? » Et on se rend vite compte que oui, mais oui. Parce que, en effet, on y fait la même chose sauf, comme je vous le disais, avec des protocoles différents. Donc, les médecins exigent des choses différentes de nous, mais une fois que vous avez appris plus ou moins ces choses là, vous saurez le faire. Après, effectivement, selon l'expérience qu'on aura eu pendant nos études, on sera plus enclin à aller en médecine ou en chirurgie ou en réanimation par exemple. Moi, par exemple, je ne suis jamais allé en vrai service de réanimation, je ne me serai pas sentie capable d'y travailler, mais c'est une idée que je me fais parce que je sais que le jour où je serai amenée à y aller, si un jour je devais retravailler à l'hôpital, je sais que je serai compétente parce qu'on exigera pas de moi des choses que je ne saurai pas, puisque je vais les apprendre au fur et à mesure dans le service et que ce ne seront que des protocoles. Après, si on doit caricaturer les choses, soit on aime faire que des pansements, et on va en chirurgie, soit on va en médecine parce qu'on n'aime faire que des piqûres. Voilà.

- Et est-ce que vous alliez souvent en formation ?

- L'hôpital propose justement plein plein de choses. Donc oui, j'ai fait des formations et c'est vrai que plus on en fait finalement, mieux on est dans le service et c'est un vrai bol d'air pour le personnel parce que quelle que soit la formation, ça va être un échange sans soin. On peut discuter entre nous de notre expérience avec d'autres gens qui travaillent dans d'autres services sans être parasité par le soin qu'il faut aller faire. Donc ça, c'est un vrai bol d'air. Ça fait du bien. Donc les gens en général reviennent un petit peu gonflé par les formations. Après, les formations, elles sont multiples sur l'hôpital. Moi, j'ai fait des formations sur les pansements, des formations plus général sur les droits des infirmières. Et puis là, récemment, moi je m'occupais au sein du pool d'un petit journal pour tenir au courant nos collègues, parce que nous on n'était pas dans un service, donc nous n'étions pas au quotidien ensemble, et ça permettait de mettre au courant les collègues de telles ou telles choses qui se faisaient dans tel ou tel service, enfin c'était un vrai échange. Et comme je n'avais jamais fait d'informatique parce que j'ai fait un bac littéraire puis l'école d'infirmière, mais je n'avais jamais fait d'informatique réellement, j'avais besoin d'une formation donc j'ai demandé à l'hôpital de me payer une formation en informatique, et ça c'est fait. Comme quoi on peut vraiment faire différentes formations.

- On arrive au terme de l'entretien, si vous voulez ajouter quelque chose sur un aspect de votre métier ou revenir sur un point abordé, je vous invite à le faire.

- Je ne sais pas si vous l'avez senti, mais j'aime mon métier. Je suis vraiment à ma place dans ce métier là en fait. A la base j'ai fait un bac littéraire, je voulais être institutrice, j'ai fait la fac pendant une année, fac de psychologie et puis je me suis vite rendu compte que la faculté ce n'était pas fait pour moi, c'était une grande structure, je n'arrivais pas à travailler suffisamment, j'avais besoin d'être plus encadrée et, finalement, comme lorsque j'ai eu mon bac j'avais hésité entre école d'infirmière et institutrice, j'ai passé le concours et je l'ai obtenu. J'ai embrayé la-dessus, et je ne le regrette pas du tout.

Entretien 8 (59 minutes)

Infirmière en hôpital de jour. Diplôme obtenu en 1994.

- Pouvez-vous me décrire votre travail, vos fonctions, votre mission ?

- Ma mission d'infirmière ? Soigner, prendre soins des gens, appliquer les prescriptions médicales des médecins et puis, plus particulièrement à l'hôpital de jour, gérer des consultations, les gens qui viennent au jour le jour, les problèmes sociaux, les problèmes psychologiques par rapport aux pathologies que l'on rencontre chez nous. Après, le rôle de l'infirmière, il est très étendu, c'est ce qui me vient à l'esprit tout de suite.

- Quelles sont les satisfactions dans votre travail ?

- Le retour des patients, l'échange, le retour quand les gens sont contents, qu'ils nous le disent. Au niveau des médecins, dans le service, il n' y a pas vraiment de retour par rapport à notre travail. Mais par rapport au patient, c'est faire plaisir aux patients, prendre soin d'eux. Quand ils sont contents, nous, on est content.

- Et quelles sont les attentes des patients ? Est-ce qu'elles entrent toutes dans le cadre de votre fonction ?

- Les attentes des patients, c'est très large en fin de compte, parce que, au démarrage, c'est par rapport à une pathologie et puis après ça embraye sur tous les problèmes sociaux, tous les problèmes psychologiques. Parfois, on est un petit peu dépassé par les évènements, des gens qui n'ont pas d'argent qui nous demandent de l'aide. C'est le recours aux assistantes sociales mais derrière, c'est limité. Donc, c'est un peu frustrant parfois, parce qu'on ne peut pas les aider pour tout. Après les problèmes psychologiques, heureusement qu'il y a d'autres catégories professionnelles, les psychologues, les psychiatres, qui sont là pour gérer. Mais souvent les patients viennent plus vers nous, parce qu'ils nous connaissent mieux et qu'ils préfèrent se confier à nous. Ce n'est pas toujours facile et on passe le relais parfois.

Les attentes psychologiques, ça peut se comprendre par rapport aux pathologies qu'on rencontre ici. Après, les attentes sociales, disons que le malade c'est un ensemble, un tout, alors automatiquement on va avoir la pathologie mais tout ce qui va autour, leur vie. Moi, en particulier, je fais les consultations d'éducation thérapeutique depuis un an et demi et quand on prend un patient en éducation thérapeutique, on est obligé de savoir un peu comment il vit. C'est à ce moment là qu'on voit, qu'on s'aperçoit exactement des conditions de vie des gens et c'est pas toujours facile. C'est vrai que des fois on se dit « Mince, je ne pensais pas qu'il vivait comme ça » et on se rend compte de certaines choses. En même temps, on ne peut pas non plus les aider plus, non. On reste dans notre fonction, mais ce n'est pas toujours simple. Et puis il y a des liens qui se créent avec des patients qui viennent depuis des années. Moi, ça fait quatorze ans que je travaille ici, il y a des patients que je suis depuis quatorze ans. Donc automatiquement, il y a des liens qui se créent avec eux et on a envie de les aider un peu plus parce que justement on les connaît bien. Ce n'est pas toujours facile.

Avec certains patients la distance n'est pas très grande. Les patients le disent eux-mêmes. Il y a des fois où les patients viennent avec leurs enfants en disant « Fais un bisou à tata » et il y a des patients qui disent qu'on est leur deuxième famille. Ils se sentent bien, ils viennent ici, ils se sentent bien. Du moins pour certains, pas pour la majorité parce qu'il y a des gens pour lesquels venir à l'hôpital, c'est tout de suite une projection sur leur maladie, automatiquement. Mais il y a des patients, c'est un peu leur deuxième petite maison. Ils savent qu'il y a des gens à leur écoute et qu'ils sont un peu coucouner quand ils viennent. C'est enrichissant pour nous.

Enfin, moi, j'adore. J'ai choisi les maladies infectieuses par rapport au rapport au patient. J'ai passé mon diplôme d'Etat ici, en hospitalisation, et à la sortie de mon DE je suis allé travailler là-bas par rapport à la relation soignant/soigné. J'ai trouvé qu'elle était très forte. Elle a beaucoup changé en quatorze ans par rapport à la pathologie qui a évolué aussi, mais il y a toujours des patients pour lesquels, c'est la deuxième maison, le lieu d'écoute, le lieu d'échanges avec nous et qui nous parlent de leurs problèmes familiaux, de leurs problèmes professionnels. Ce n'est pas que basé sur le soin en fait.

- Il y a une différence avec le service en hospitalisation ?

- Par rapport au sida, en hospitalisation aussi des liens s'établissent sur la durée, les patients qu'on suit sont hospitalisés une fois, ils peuvent être hospitalisés plus tard. Mais sur l'hôpital de jour, on les voit plus régulièrement même s'ils ne sont pas malades, enfin s'ils n'ont pas une pathologie qui les oblige à être hospitalisés. Ils reviennent pour des consultations, des bilans. Le lien est plus important sur l'hôpital de jour, puisqu'on les revoit très souvent. On les revoit tous très souvent. En hospitalisation, c'est toujours sur un problème aiguë de santé, tandis que là on les voit alors qu'ils ne vont pas plus mal que ça. Voilà.

- Et quels sont les aspects difficiles ou pénible dans votre travail ?

- Le plus difficile, je dirai ce qui m'a le plus usé en quatorze ans, parce que quatorze ans c'est peu mais en même temps c'est beaucoup, c'est la structure hospitalière. Moi, j'apparente l'hôpital à une usine. Et le manque d'humanité de l'hôpital. Pour tout, que ce soit pour leur personnel comme pour les patients. C'est sans arrêt justifier les examens que l'on demande. C'est les dysfonctionnements qu'on rencontre dans l'hôpital. Sur l'hôpital de jour, on est à une extrémité de l'hôpital, pour les bilans par exemple, il faut faire toute la cour de l'hôpital pour aller porter des bilans en urgence. C'est pas notre rôle d'aller porter des bilans en urgence. C'est tout ça, c'est tout le fonctionnement de l'hôpital. Pour avoir une radio, c'est réclamer. Pour avoir un rendez-vous, il faut argumenter, il faut passer par des médecins. Moi je dirai, c'est plus ça, c'est vraiment la structure, la multiplication des agents aussi, des différentes fonctions. Pour avoir quelque chose, il faut demander à untel pour avoir untel. C'est ça surtout, c'est ce que je regrette le plus. Une grande usine, je dirai. C'est ce que l'on

est en même temps. Mais je trouve que plus ça va, plus ça devient de plus en plus important. Enfin moi, j'apparente ça vraiment à l'usine maintenant, de plus en plus. Je ne le voyais pas comme ça il y a quatorze ans, mais maintenant de plus en plus.

En tant qu'infirmière je réfléchis en me disant « Qu'est-ce que je pourrai faire d'autre pour m'éliminer ça ? ». C'est pas évident, une infirmière, ça travaille pour l'hôpital. Après, il y a des petits hôpitaux de proximité, mais les pathologies ne m'intéressent pas. Si c'est pour faire de la gériatrie, j'aime bien les personnes âgées, mais ne faire que ça, non, ça ne m'intéresse pas. Ici on a une diversité par rapport aux pathologies, on fait de tout. C'est ce qui est appréciable dans ce service, ça fait quatorze ans que je suis ici, j'aurai aimé changé, des choses personnelles on fait que je suis restée, mais en même temps je ne m'ennuie pas, c'est un service qui est diversifié, le travail aussi, je m'y trouve bien encore. Même si j'aurai bien aimé aller sous d'autres horizons, découvrir d'autres pathologies, d'autres spécialités.

Après, c'est toute la hiérarchie. Tout ce qui est hiérarchie. Il y a des fois où ce n'est pas facile. Les patrons, un directeur d'hôpital, de pôle, quand il faut demander quelque chose, pour faire des travaux faut passer par la cadre, les médecins, la direction. C'est hyper compliqué. Ça se rapproche de l'usine, c'est difficile ça, la hiérarchie. Il faut tout ça, en même temps, il faut tout ça pour que ça fonctionne. Et ça fonctionne je pense. Mais à la longue, c'est un peu usant.

Après au niveau des patients, non, il n'y a pas de problèmes. Il y a des patients qui sont trop habitués, qui ont pris de mauvaises habitudes, c'est difficile de les changer du jour au lendemain. De même par rapport au personnel, changer les vieilles habitudes, c'est un petit peu lourd. C'est vrai qu'on est sans arrêts en remaniements. On nous donne de nouvelles choses à faire, de plus en plus d'administratif, ce qui enlève beaucoup du métier, je trouve. Je crois qu'il y a plus de 50 % de notre temps qui est passé à ne faire que de l'administratif. Enfin, administratif, prise de rendez-vous, préparations diverses et autres. Et il y a un peu plus de 40 % qui est du soin auprès du patient. Et je trouve que c'est peu. Sur l'hôpital de jour, ça ne se sent pas trop, ça va encore. Mais je trouve qu'en hospitalisation, on a l'impression de faire sans arrêt des choses en dehors du patient. Les tours auprès du patient ne sont pas très élevés par rapport à tout ce qu'il y a autour. Sur une journée de huit heures, c'est vrai que le temps passé auprès des patients n'est pas très important. C'est dommage. C'est pas comme ça qu'on voit notre métier au démarrage. Malheureusement, ça fait partie des contraintes et de plus en plus on nous en rajoute. Il y a l'informatique, toute la gestion de notre charge de

travail qui doit apparaître pour justifier notre travail auprès de la direction par exemple. Maintenant on cible ça, alors c'est des méthodes un peu bizarre pour justifier de notre travail auprès de la direction.

Du côté administratif, il y a des choses qui sont nécessaires comme prendre des rendez-vous, tout ça, voilà. Mais en même temps, c'est des choses qui sont lourdes parce que ce n'est pas facile, si c'était si simple, ça irait très vite. Maintenant, il faut envoyer des courriers, ils nous le renvoient, ou alors faut envoyer un mail, un fax, c'est des trucs qui prennent beaucoup de temps. Quand on a trois rendez-vous à prendre pour un patient, on est obligé de laisser repartir le patient et de le rappeler chez lui après. Parce qu'on ne peut pas le faire attendre, c'est jamais disponible, et puis j'ai des rendez-vous, c'est mars 2009 sur l'hôpital, je trouve ça un peu aberrant auprès des patients. Mais c'est partout pareil. Maintenant, ça devient comme ça dans toutes les spécialités presque. Il y a peu de médecins et de plus en plus de travail je pense.

Et puis après, oui, justifier notre charge de travail pour justifier qu'on travaille (rires) et qu'on n'est pas là à se tourner les pouces. En même temps, ça permettrait de valoriser notre travail. Mais les méthodes qu'on applique à l'hôpital, je ne suis pas persuadée qu'elles mettent vraiment en valeur notre travail malheureusement. Ce nouveau procédé de codage, les SIPS, je ne pourrai pas vous dire exactement. Ils prennent trois critères, c'est l'autonomie du patient, les soins techniques et le relationnel. Donc c'est côté de 1 à 20, 20 c'est plus de la réanimation. Nous sur l'hôpital de jour, nos gens sont autonomes. Alors nos soins techniques ça vaut 1. Tout ce que l'on fait, si on passe un quart d'heure, vingt minutes avec un bilan, c'est 1. Donc c'est le plus bas, alors qu'on a passé du temps, on a l'impression que ça ne vaut rien.

C'est une méthode qui se généralise sur beaucoup d'hôpitaux. Alors après ce sont les hôpitaux qui choisissent d'adopter cette technique plutôt qu'une autre. Mais en gros, c'est vraiment pour identifier notre charge de travail, que ce soit sur l'autonomie du patient, mais aussi sur le côté relationnel, ce qu'on ne voyait pas avant non plus. Alors, c'est bien et ce n'est pas bien, parce que sur les soins techniques on y perd, mais les soins relationnels qui sont importants chez nous, sont mis en valeur. Le temps qu'on passe à parler, le temps qu'on passe à prendre les patients en éducation thérapeutique. Quand on passe une heure avec un patient, on peut le faire ressortir. C'est une méthode, c'est soit par rapport à un soin qui se répète donc c'est ça

qui fait que ça monte dans les points, soit c'est un acte qui dure un certain temps donc il y a plusieurs créneaux aussi, 20 minutes c'est 1, au-delà c'est 4 et après 10.

Je pense que c'est pour que la direction se rende compte de la charge de travail du personnel. Pour savoir si on est assez nombreuses ou trop nombreuses aussi. Donc c'est à double tranchant.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- L'épuisement professionnel, ça peut arriver parfois avec certains patients, des fins de vie difficiles, quand la barrière entre l'affectif et le professionnel n'est pas très grande et quand on met beaucoup du notre. L'affectif lors des fins de vie, parfois c'est difficile pour nous. Chaque fois on s'en prend un petit coup derrière la tête. Mais ce n'est pas la relation au patient qui nous use le plus, il y a la hiérarchie comme je le disais tout à l'heure mais aussi la relation entre collègues qui n'est pas évidente.

Par rapport à l'hospitalisation où les équipes tournent, on ne travaille jamais avec les mêmes, ici, on travaille tout le temps avec les mêmes personnes, donc ce n'est pas toujours facile à vivre au quotidien. Quand on veut changer des choses, ce n'est pas simple, parce qu'il y a toujours des gens qui ne veulent pas changer les habitudes d'il y a très longtemps. Ça use. Enfin moi j'avoue, ça va, ça vient. Parfois, je suis un peu usée par les collègues (rires). C'est vache à dire, mais c'est un peu, c'est réellement ça. C'est difficile parfois d'être tout le temps avec les mêmes personnes. On n'a pas forcément, on a des affinités avec certaines collègues, pas avec d'autres ou un peu. Et il faut quand même s'entendre relativement bien pour travailler ensemble. Mais aussi, on n'a pas toutes les mêmes méthodes de travail. Et ça, moi, c'est ce qui me gène le plus. Quand il faut toujours ranger derrière les gens par exemple, c'est usant. Je suis en vacances mardi et tant mieux. Parce que j'arrive à saturation. Je prends beaucoup sur moi, mais là, j'arrive à saturation et il est temps de décompresser pendant trois semaines parce que j'en ai besoin. En fait, moi, j'arrive à prendre des vacances à chaque période de vacances scolaires et c'est à chaque fois le moment où il faut. Ça tombe bien. Une semaine, c'est vite passée mais ça permet de souffler et de repartir même si on re-rentre vite dans le cercle infernal. Mais ça permet de souffler les congés quand même.

- Au-delà des difficultés qu'il peut y avoir dans le travail en équipe au quotidien, est-ce que l'équipe de travail peut représenter un soutien psychologique ?

- Oui, l'équipe est aussi un soutien psychologique avec les gens avec qui on a de l'affinité, c'est aussi surmonter les difficultés les unes les autres. C'est vrai qu'avec certaines personnes on fait un peu masse ensemble pour dire « Allez, ça va aller mieux demain ! ». Je crois que c'est les relations humaines dans l'ensemble. Il y a un soutien et en même temps, c'est aussi les collègues parfois qui peuvent faire en sorte qu'on est un peu usé par le travail.

- Mais vous pensez que les facteurs d'épuisement professionnel se situe du côté de la relation soignant/soigné ou du côté de la relation soignant/soignant, ou encore se répartissent entre les deux ?

- Non, moi je penserai plutôt soignant/soignant. Oui, moi, je suis plus sur ce cadre là que soignant/soigné. Les patients ne sont pas source d'épuisement professionnel, pour moi, c'est pas eux. On est là pour eux de toute façon. C'est pas eux qui vont nous épuiser. C'est vrai, parfois, il y en a qui sont un peu casse-pieds, mais en même temps on leur pardonne. On est là aussi pour être avec ceux qui sont casse-pieds et ceux qui ne le sont pas. On est là pour les soigner à la même hauteur, les uns comme les autres.

- Voyez-vous une différence entre hospitalisation et hôpital de jour ?

- Par rapport à la hiérarchie, il n'y a pas beaucoup de différence entre hôpital de jour et hospitalisation, c'est toujours l'usine de l'hôpital. La différence, c'est ce que je disais tout à l'heure, l'hospitalisation il y a un roulement du personnel, l'hôpital de jour, c'est souvent les mêmes personnes qui sont ensemble. C'est une petite équipe, les unes sur les autres et tous les jours, tous les jours , tous les jours. Tandis qu'en hospitalisation, ça change. Les médecins changent aussi un petit peu, les patients tournent aussi, puis l'équipe n'est jamais la même, c'est-à-dire qu'on a une aide-soignante, une infirmière, le lendemain ça va être une autre infirmière avec l'aide-soignante de la veille. Ce n'est pas pour autant qu'il n'y a pas de problèmes la haut non plus, mais je dirai que c'est plus difficile ici que la haut, au niveau des relations entre collègues. C'est aussi des relations plus fortes, ici. On se connaît mieux. Peut-être, trop. C'est peut-être ça aussi.

- Concernant la formation continue, est-ce que vous allez régulièrement en formation, une fois par an, ou plus, ou moins ?

- Quand on regarde le plan de formation, ce qu'il nous propose, moi j'avoue que ce n'est pas forcément ce que je veux faire. Quand je fais une formation, c'est une formation qui n'est pas dans le plan de formation. Ce sont des formations qui sont proposées par des laboratoires et qui touchent plus particulièrement les pathologies qu'on rencontre ici. C'est vraiment très très spécialisé par rapport à ici. Ma collègue a fait la formation pour faire l'éducation thérapeutique, ce n'était pas proposé au plan de formation. Nous, on l'a fait grâce à un laboratoire. Après c'est la formation professionnelle qui prend le relais, mais à la base, c'est nous qui trouvons les formations que l'on a envie de faire. Alors au démarrage, oui, j'ai fait des formations du genre « Aider à vivre jusqu'à la fin », ça permet d'avoir un échange avec les autres collègues des autres services et de voir ce qu'elles vivent, de se dire qu'il y a des services mieux et des services pires, donc ça rassure et ça permet d'échanger. En fait c'est plutôt des échanges. Je n'ai pas le souvenir de formations qui étaient dans le plan de formation et qui m'aient franchement intéressée à part celle-ci « Aider à vivre jusqu'à la fin » où j'étais jeune infirmière et que je suis arrivée, en 94, avec tous les décès VIH, et où ce n'était pas facile. C'est la formation qui m'a le plus marqué à cette période là, c'était peut-être aussi là où j'en avais le plus besoin aussi. Après, les autres formations, non. Et par rapport aux conditions de travail, tout ça, ils ne proposent pas de toute façon de formations. Mais nous, ici, on cherche plus des formations sur la spécialité, sur la pathologie pour mettre en place des choses, voilà.

- Avez-vous le sentiment que vos compétences sont pleinement utilisées ?

- Oui, par rapport à ce que je vous disais, les consultations d'observance qui sont en train de se mettre en place depuis un an et demi, mais on n'a pas de moyens pour le faire. On n'a pas de temps. On ne peut pas se décharger de notre travail habituel pour faire ça. Donc franchement on fait ça un peu à la sauvage entre deux prélèvements. On n'a pas de salle. Pourtant on nous a motivé à le faire, les médecins de l'hôpital de jour nous ont motivé à le faire parce que ça se fait dans de nombreux CHU et qu'il y a un bénéfice réel auprès du patient. Moi, on m'a demandé de m'y investir et en fin de compte j'y ai trouvé mon compte. C'est des choses qui maintenant nous motive beaucoup, mais en même temps, je m'aperçois

que ça ne suit pas derrière. On n'a pas de bureau, on n'a rien. Donc, j'ai l'impression qu'on est encore la dernière roue du carrosse.

On a eu une formation tout au démarrage des consultations d'observance. On n'avait commencé un peu et on a eu la formation presque au démarrage alors on a pu continué à le faire et le faire bien parce qu'au tout démarrage, on ne savait pas trop comment les mettre en place. On n'avait pas les supports, mais la formation nous a présenté des supports à présenter aux patients pour les aider, toute une technique aussi pour mettre en place une consultation avec des objectifs, savoir rendre autonome le patient par rapport à sa pathologie, par rapport à la prise de ses traitements. Et après, on l'a vraiment mis en application sur la consultation d'observance ici. Mais il n'y a pas de jours déterminés. J'ai été en formation encore il n'y a pas très longtemps à Toulouse sur un CHU grâce au laboratoire qui l'organisait car ça ne faisait pas du tout parti du plan de formation puisqu c'était une mission, un plan de mission, donc il ne voulait pas en entendre parler, il pensait peut-être que j'allais être promu, mais non, j'étais en formation sur Toulouse pour voir un peu ce qu'ils font chez eux parce que c'est un des centres pionniers par rapport à l'éducation thérapeutique. Il y a un monde entre eux et nous, enfin, dans la technique ce que l'ont fait nous c'est bien, quand on voit quelqu'un en éducation c'est bien, mais par rapport à eux, l'organisation, ici, c'est n'importe quoi. Ils ont une infirmière qui ne fait que ça, toute la journée avec un bureau, les gens viennent, ils frappent à la porte, enfin on a vraiment l'impression que, là, l'infirmière elle sert à quelque chose. C'est un peu la porte ouverte, les patients passent. Ici, c'est les médecins qui demandent aux patients de prendre rendez-vous avec nous. Nous, on aimerait voir les gens venir un peu comme ça, « Tiens, j'ai besoin d'en parler », mais ce n'est pas ce qui se fait, et puis on n'a rien pour les accueillir.

Notre cadre nous a demandé de faire le maximum de consultations pour justifier du temps. Mais, on lui a dit que ce n'est pas possible non plus de laisser de côté des soins ici, de ne pas faire ce que l'on faisait déjà avant pour faire ça. Si on dit qu'on n'a pas le temps, c'est qu'on n'a pas le temps. Donc, on en fait quand même un peu, mais je ne pense pas qu'on est à 100 % de ce que l'on devrait faire et je suis sûre que ça pourrait être beaucoup mieux et que ça marcherait beaucoup mieux. Je pense qu'on le vivrai mieux aussi. Parce que là, forcément, c'est pas génial. Moi, je ne le vis pas super bien. J'ai envie de m'investir et il y a des fois je me dis « Mais à quoi ça sert ? On va nous prendre pour des c… ». S'investir oui, mais si derrière on est réellement soutenu. En fait, on est soutenu en parole, on nous le dit, mais

après, c'est l'usine qui fait qu'on n'a pas de bureau, c'est l'usine qui fait aussi qu'on ne peut pas nous trouver un endroit pour faire les consultations, du temps pour le faire, c'est la grosse structure qui fait que ça se passe comme ça. Alors que ça se passe bien dans d'autres grosses structures. C'est quelque chose qui se met en place, et c'est quelque chose qui n'est pas facile à mettre en place. On le sait, on savait déjà avant de le faire.

Il faudrait que notre travail soit mieux organisé pour pouvoir le faire, ou alors qu'il y ait quelqu'un qui soit attaché à ne faire que ça. Mais pour avoir tout ça, il faut qu'on prouve notre temps de travail pour cette éducation thérapeutique. Ce qui n'est pas évident. Prouver que l'éducation thérapeutique a lieu de vivre en fait sur l'hôpital, a lieu d'exister sur l'hôpital. Donc, il faut qu'on prouve qu'il y a des patients qui en ont besoin, qu'on prend du temps, que ça prend du temps de le faire, pour pouvoir justement après avoir un poste, une infirmière qui puisse en faire tout le temps. Ça veut dire qu'on travaille à 120, 130 % (rires). En fait l'hôpital veut qu'on argumente le fait qu'on a besoin d'une infirmière pour faire ça. Mais il faut qu'on argumente avec des chiffres. Une infirmière qui a passé tant de temps, qui a eu tant de consultations dans le mois. Malheureusement, quand on n'a pas le temps de le faire, on ne le fait pas. Comment argumenter un poste d'infirmière à plein temps quand on n'a déjà pas le temps ou juste le temps de faire ce que l'on a à faire ? C'est pas évident. Mais en fait l'hôpital, c'est un peu ça tout le temps. C'est ça tout le temps.

- Est-ce que malgré tout, vous pensez que votre travail est reconnu ?

- Reconnu auprès des patients, oui. Auprès des médecins, de la hiérarchie, non, pas vraiment. Je ne trouve pas. Après par rapport à l'éducation, reconnu auprès de la direction, c'est la même chose. Reconnu auprès des patients oui, parce que les patients y trouvent leur compte, ça c'est clair. Mais il va falloir qu'on fasse un travail pour pouvoir justement prouver ça encore, que les patients y ont trouvé leur compte. Faire un questionnaire, parce qu'il paraît qu'il faut faire un questionnaire. Donc il va falloir qu'on le prépare encore. On a le retour des patients donc automatiquement on sait que notre travail est utile, ça nous motive à continuer parce que derrière on voit bien que les patients prennent bien leurs médicaments, ont bien compris leur pathologie, ils nous le disent et on voit les résultats sur les bilans biologiques des patients aussi. Et ça, ça nous encourage. Après, au niveau des médecins, je ne suis pas persuadée qu'ils reconnaissent notre travail. Il nous envoient les patients, après je ne suis pas persuadée qu'il veulent savoir ce que l'on fait. Pour l'instant, c'est mis en place, il y a la

demande mais après, côté médecins, il n' y a pas de retour. Ça va changer parce que normalement on va travailler sur informatique et normalement il pourrait y avoir un retour. Mais il y a des médecins qui n'ont pas de scrupules à changer de traitement sans nous prévenir alors qu'on prend en charge les patients par rapport à leur traitement. Je trouve ça un peu gros. La dernière fois, j'ai eu un patient à qui on a re-modifié le traitement alors que ça c'était mal passé la veille. Et je n'avais pas été mise au courant que le patient on lui avait re-modifié son traitement, parce que sinon j'aurai pu justifier qu'il ne le change pas. Mais voilà. Il n'y a pas vraiment de relation, enfin la relation médecin-infirmière est parfois très difficile. Alors je ne vais pas dire que c'est avec tous les médecins, bien au contraire, mais avec la majorité des médecins la relation n'est là que pour relever les prestations médicales.

Simplement, quand on nous demande de le faire , au moins nous demander le résultat. En même temps, ils ont aussi leur charge de travail, ça se comprend Mais par rapport à l'éducation thérapeutique, je trouve qu'ils se déchargent du patient, parce qu'en fait l'éducation thérapeutique à la base, c'est les médecins qui doivent la faire, sauf que les médecins ont de moins en moins le temps, il y en a de moins en moins, donc maintenant on a remis ça sur les infirmières. Ok, c'est intéressant pour nous, c'est motivant d'être autour d'un bureau, de pouvoir prendre le temps avec un patient, de lui expliquer sa pathologie et tout, nous, on va parler le même langage que le patient, trouver les mots justes pour leur faire comprendre. Parce que malheureusement, il y a des patients qui ne savent même pas de quoi ils sont malades parfois. Donc, les médecins nous font la prescription pour qu'on les prennent en charge et puis après on n'en entend plus parler. Certains ne nous demandent même pas comment ça se passe, ne veulent même pas savoir. Par contre, s'ils s'aperçoivent dans les bilans biologiques, des mois après, que ça n'a pas remonté, que ça chute, qu'il n'y a pas d'amélioration, là ils vont venir nous demander « Alors, comment ça se fait que ça ne marche pas ? » Quand ça roule, on nous oublie et quand ça ne va pas, alors là on en entend parler. Mais, c'est souvent comme ça à l'hôpital.

- S'imbriquent un défaut de collaboration et un problème d'organisation ?

- C'est une mauvaise organisation. De toute façon, au niveau infirmière ici, entre collègues, il y a une mauvaise organisation du travail par rapport au patient. C'est vrai que les locaux ne sont plus d'actualité. De 300 patients à l'époque, il y a quatorze ans, on est passé à 1000 patients que pour une pathologie. Automatiquement les locaux sont trop petits. On ne cesse de

nous le dire, on ne cesse de le dire aussi. Les cadres en ont pris conscience, ils disent « Les locaux ne sont plus pour vous », mais en même temps, on est bien obligé de rester là et de faire avec. Alors on veut nous réorganiser notre travail par rapport à ça. Il y a de plus en plus de travail et on nous demande de plus en plus d'administratif et on se dit qu'en fait ce serait bien d'avoir une infirmière avec un roulement qui ne fasse que de la consultation, c'est-à-dire qui prennent des rendez-vous, qui fasse de l'accueil, qui gère tout ce qui est administratif, pour que les deux autres puissent faire leurs soins techniques tranquillement, prendre le temps avec le patient. Mais le problème des locaux fait qu'on n'arrive pas à le mettre en place, parce qu'il y a un secrétariat en bout, il y a l'accueil infirmier à l'autre bout, parce que l'accueil est trop ouvert sur la salle d'attente et que l'anonymat des gens et la discrétion professionnelle sont de moins en moins faciles. La salle d'attente est vide tout de suite, mais il y a des moments, dans la semaine, où elle est pleine, et pour répondre au téléphone, prendre un rendez-vous devant les patients sans dire les noms et sans dire pourquoi on appelle, ce n'est pas évident. Et on ne trouve pas un bureau, on ne peut pas nous mettre un bureau puisque de toute façon tous les locaux sont pris. Alors ce n'est pas évident et ça use. Une mauvaise organisation ! Ce n'est même pas une mauvaise organisation, de toute façon on ne peut pas l'appliquer l'organisation que l'on souhaiterai. Il y a des idées, mais on est contraint par nos locaux qui font que nos idées, on ne peut pas les appliquer comme on veut, parce qu'il faudrait que l'infirmière se coupe en deux, un petit bout au secrétariat, un petit bout à l'accueil (rires). C'est pas possible ça.

- Vous pouvez préciser, décrire l'organisation que vous souhaiteriez ?

- On est trois infirmières sur l'hôpital de jour, pourquoi pas faire une journée chacune à tour de rôle. Une petite période, même pas une semaine, une journée chacune. Je sais que sur les trois, il y a une de nos collègues qui serait plus au contact des patients parce qu'elle ne souhaite pas faire de l'administratif. Donc, c'est encore quelque chose de difficile à mettre en place, il faut que les trois voient dans le même sens. Mais c'est quelque chose qu'il va falloir faire, parce qu'on nous demande de pouvoir visualiser notre travail. On nous demande aussi, ce qui se fait dans les autres services, mais nous on a toujours été réticent à le faire, les médecins d'ici ont toujours été réticents à le faire, c'est d'informatiser les rendez-vous. Ce qui commence à se mettre en place, je pense qu'à partir de janvier il faudra que l'on soit complètement dedans. Mais l'informatique, ce n'est pas donné à tout le monde. On n'a pas tous évolué de la même façon avec l'informatique et je pense que ça ne va pas être sans poser

de problèmes. Il ne faut pas non plus que ce soit toujours la même personne qui le fasse. Il faut aussi que ça tourne. Moi, personnellement, j'ai encore besoin du contact avec les patients. Je ne veux pas faire l'école de cadre parce que justement, je veux garder cette relation avec mes patients et les soins, parce que ce sont les soins qui permettent de faire la relation avec eux. Mais changer de temps en temps de fonction, de casquette, c'est pas mal, ça permet d'évoluer. J'aime bien. J'avais fait un bac secrétariat médical, pouvoir mettre secrétariat et soins ensemble, ce serait pas mal. Ça permet de changer un peu.

- On arrive au terme de l'entretien, si vous avez des remarques à faire sur l'entretien, si vous souhaitez revenir sur un point abordé et vous exprimez sur un aspect qui n'a pas été développé, je vous invite à le faire.

- Il y a une chose qui n'a pas été du tout, enfin qui n'est pas venue, c'est l'impact sur la vie - personnelle. On n'en a pas du tout parlé. Et je trouve que l'impact personnel des fois c'est pas facile. D'abord, ce n'est pas évident de faire une coupure de son travail, par rapport aux fins de vie, la coupure, sortir du travail et faire la coupure pour rentrer à la maison, des fois ce n'est pas toujours simple. Et puis, le métier d'infirmière en plus c'est pas forcément, enfin là je suis sur un poste de journée, c'est relativement agréable, mais je ne l'ai pas toujours été, j'ai été en hospitalisation avec des week-end, des nuits, et la vie de famille en prend un sacré coup. Et par rapport à ça, moi, je trouve qu'on n'est pas très reconnue. C'est vrai qu'on choisit notre travail, on sait ce que l'on va faire. Mais quand on est jeune à 22 ans, 23 ans, quand on commence à travailler, ce n'est pas du tout la même chose qu'au bout de dix ans quand on a une vie de famille avec des enfants qu'il faut gérer. Et puis on s'aperçoit que derrière, le salaire ne suit pas non plus. Quand on a travaillé un week-end entier, qu'on n'a pas vu sa famille parce que l'on a travaillé de une heure à 21h, qu'il y a la route pour y aller, la route pour rentrer et que l'on voit ce que l'on est payé sur un dimanche férié, je suis désolée, ce n'est pas motivant. Moi, je ne fais plus de week-end maintenant, c'est pas pour ce qu'ils me donnaient le week-end que j'ai envie d'en faire. Du tout. Au niveau de notre profession, on est une profession forcément féminine, souvent beaucoup de maman, on n'est pas aidé. Non, on n'est pas aidé. Quand on a des soucis personnels, moi je suis toute seule avec mes enfants, quand on est seule avec ses enfants et qu'on va au bureau de la direction parce que l'on nous a demandé de justifier notre poste à la journée, c'est dur. Parce que moi j'ai un poste à la journée, mais ce n'est pas fixe, c'est-à-dire que du jour au lendemain on pourrait me dire que c'est fini. Il y a une cadre une fois qui est arrivée, une nouvelle cadre parce que ça change

régulièrement, qui m'a dit « Allez justifier, allez voir la direction » et j'ai parlé de ma situation, je n'avais rien demandé à personne, et on m'a dit « Mais les problèmes sociaux, on ne veut pas en entendre parler, c'est à vous de vous organiser ». Je trouve que pour un hôpital, c'est vraiment pas humain. Je sais bien que l'on ne peut pas s'arrêter à tous les problèmes des gens, mais les infirmières, on a l'impression qu'il faut qu'elles soient infirmières et pas autre chose, et que notre vie personnelle, notre vie familiale, le fait d'avoir des enfants ça ne compte pas. On n'a pas le droit d'être présente auprès de nos enfants quand ils sont malades, alors qu'on est présente auprès de nos patients. On parlait de reconnaissance tout à l'heure, ça c'est ne pas être reconnu. Ils ne nous reconnaissent pas en tant que femme aussi, infirmière quoi, avec tout ce qui va avec.

Pourquoi la profession d'infirmière était à l'origine faite par des sœurs, parce que ça demandait beaucoup d'investissement, et maintenant s'investir professionnellement je ne vois pas comment on peut le faire si derrière on ne peut pas avoir une vie personnelle, une vie équilibrée. Et les horaires, c'est vrai que l'hôpital on ne peut pas faire autrement, il faut qu'il y ait toujours du personnel, mais je trouve ça lourd pour une infirmière de travailler un week-end sur deux, de ne pas pouvoir avoir ses vacances quand elle le veut non plus, parce qu'il faut en faire pour tout le monde, c'est sûr, mais ce n'est pas simple non plus à gérer. Et puis, ça se ressent. C'est vrai, moi depuis quatre ans, je travaille en journée, mes enfants ils apprécient quand même que je sois là tous les soirs. C'est la course poursuite quand même, mais ils apprécient que je sois là tous les soirs, que je sois là le samedi et le dimanche avec eux, ce qui n'était pas le cas avant. Avant, je partais, j'avais mon époux qui gardait les enfants, mais je laissais ma famille derrière moi pour aller bosser. Il y a beaucoup d'autres personnes qui le font, certes. Mais un week-end sur deux je trouvais que c'était vite revenu, et puis le travail de nuit aussi, le roulement de nuit, le matin de bonne heure, le soir, l'après-midi. C'est pas un travail évident. Mais quand on se lance la-dedans, on ne voit pas forcément les répercussions plus tard. Moi, j'ai fait ça parce que j'aimais le travail, c'était ce que j'avais envie de faire et vraiment c'est ce qui me motivait. Quand on commence à travailler, on est super content, on gagne des sous, tout ça. Mais sur le long terme, ça démotive un peu. Moi, je ne suis pas sans penser à me dire « Qu'est-ce que je pourrai faire d'autre ? ». Infirmière scolaire, mais ce n'est pas forcément évident de se recycler ailleurs en tant qu'infirmière et de quitter l'hôpital. Parce que même si on s'en plaint, on l'aime bien l'hôpital, parce que c'est ici quand même, dans l'hôpital, qu'on trouve le plus de satisfaction sur le plan professionnel en tant qu'infirmière. Enfin moi, personnellement, c'est ça. Je ne me verrai pas aller dans un

laboratoire, prélever toute la journée. Personnellement, j'y trouverai peut-être mon compte, mais pas professionnellement. Et faire le lien entre le personnel et le professionnel, ce n'est pas facile.

L'articulation de la vie personnelle et de la vie professionnelle, ça participe à la démotivation, ça participe à l'usure aussi. Ce n'est pas un travail facile, même si on y trouve notre compte personnellement et professionnellement aussi, à la longue, c'est quelque chose qui est difficile. Et puis les cadences sont de plus en plus soutenues. On n'est pas en usine non plus, mais je trouve que ça y ressemble de plus en plus quand même. Il faut justifier de notre charge de travail, on nous demande de plus en plus de choses, il faut qu'on arrive à les faire, voilà, on n'a pas le choix. On nous dit « Voilà, maintenant faut faire ça », on ne nous donne pas le choix, faut le faire. Et même si on râle, de tout façon, quand ils ont décidé quelque chose, on a beau râler, ça ne changera rien, il faudra le faire. C'est vrai qu'il arrive un moment où on n'a même plus envie de parler, parce que de toute façon, c'est cause perdue. Et puis qu'on soit en permanence au travail toujours d'aplomb, tout ça, ou qu'on soit en arrêt de travail en permanence, il n'y a pas de différence à l'hôpital. Moi, je vois des collègues qui sont en arrêt de travail sans arrêt, qui prennent une journée par-ci, par-là, sans arrêt, moi personnellement je ne suis jamais arrêtée, je n'ai pas plus de reconnaissance qu'eux. Il y a des fois faudrait un peu, voilà sur le salaire (rires). Sur le salaire, mais ça se fait en usine. Bon, il le font à l'hôpital avec leur prime par rapport à l'absentéisme, mais je trouve que ce serait encore un truc de plus de dire « Voilà, on récompense les gens qui sont là sans arrêt » un petit plus quand même , ça motiverait les troupes et ça motiverait à être là tout le temps.

Entretien 9 **(58 minutes)**

Infirmière. Diplôme d'Etat obtenu en 2004.

- **Pouvez-vous me décrire votre travail, vos fonctions, votre mission ?**

- C'est vaste, c'est très vaste. Alors ce que l'on est amené à faire : prendre soin déjà, avant tout. Dans la spécialité de pneumologie on a des patients qui sont relativement âgés, qui sont dépendants, donc on leur distribue les médicaments, on leur pose des perfusions, on les lève pour la toilette. Nous avons aussi des patients qui sont en soins palliatifs, donc on les accompagne vers la mort. C'est varié. Il y a beaucoup de choses, beaucoup de choses.

- **Quelles sont les satisfactions dans votre travail ?**

- Dans le domaine des soins palliatifs, lorsque je me rends compte qu'un patient est soulagé, n'a pas mal, que la famille reste sereine, je suis satisfaite. Quand je rentre chez moi, je me dis « Tu as fait du bon boulot ». Et surtout dans ce domaine là. En soins de suite, parce que les gens sont chez nous pour trois, quatre semaines, et ils rentrent chez eux. C'est vrai que nous, c'est plutôt un relais entre l'aiguë et le domicile, donc, c'est différent, on accompagne les gens pour rentrer chez eux, c'est différent. Mais les soins palliatifs, c'est quelque chose qui

me passionne énormément. Et là, je ressens vraiment de la satisfaction, je me dis que je fais vraiment quelque chose d'utile, dans ce domaine là.

- Quelles sont les attentes des patients et sont-elles toutes en adéquation avec votre fonction ?

- Notamment dans le social, il y a beaucoup d'attentes dans le domaine du social. Des patients qui nous posent des questions, par exemple, quant à leur revenu, comment faire pour conserver tel ou tel revenu, comment faire pour trouver un logement et toutes ces choses là, mais ce n'est pas de notre domaine, c'est l'assistante sociale et c'est vrai que les patients ne se rendent pas forcément compte de ça. On est l'infirmière, donc on peut répondre à toutes leurs attentes, mais ce n'est pas vrai. On les oriente vers les professionnels adaptés, mais il n'y a pas de frustration parce que, de toute façon, ce n'est pas mon domaine donc j'oriente et puis voilà.

Les gens nous demandent aussi « Combien de temps il me reste ? ». C'est vrai qu'il y a des gens qui viennent chez nous, ils sont catalogués « soins palliatifs » donc il leur reste peu de temps à vivre, mais évidemment personne ne connaît le temps qui va leur rester à vivre. Et les gens nous demandent beaucoup « Mais combien de temps, mais combien de temps je vais rester comme ça ? ». Et ça c'est difficile. Moi, quand une personne me pose cette question, j'ai souvent tendance à changer de sujet en quelque sorte en leur disant qu'on essaie de favoriser un confort maximal et un confort de vie, mais finalement c'est vrai que j'ai plutôt tendance à changer de sujet, parce qu'on ne sait pas de toute façon et ça, ça m'arrive de leur dire, on ne sait pas, le médecin ne le sait pas non plus, personne ne le sait. Donc il faut favoriser un confort de vie, c'est tout ce que l'on peut faire. Mais c'est vrai que parfois, il y a des questions qui me mettent dans l'impasse. Dans ce cas là, en fait, je, j'ai plus tendance à changer de sujet qu'à répondre à la question, parce que je ne me sens pas assez forte peut-être, je n'en sais rien, pas capable de répondre, je ne sais pas. Mais ça marche toujours. Le patient après, on arrive à dialoguer, il y a toujours un dialogue qui s'installe.

Il y a aussi, mais là c'est différent, des demandes d'euthanasie. C'est illégal donc on y répond pas. On leur explique justement que ce n'est pas légiféré donc on ne peut pas. On leur explique qu'il y a d'autres solutions que l'euthanasie, mais c'est vrai que souvent les gens nous demande de mourir. Et ça c'est difficile. Pour moi, je le vis difficilement. Parce que, en

fait, pour eux, ce serait la solution, alors qu'on ne peut pas, on ne peut pas répondre à leur demande et ça c'est difficile.

- Par rapport à ce genre de difficulté est-ce qu'il y a un soutien psychologique ?

- Non. Là où je travaille notamment, on n'a aucun soutien psychologique. Il y a des psychologues qui sont présents dans le service pour les patients. Pour les personnels, il n'y a pas de psychologue. Par contre, heureusement, on en discute entre collègues, on échange, et c'est vrai, heureusement, qu'il y a les collègues. Au début de ma carrière qui est courte, mais j'ai déjà évolué, au début de ma carrière, je me disais que je ne me ferai jamais au décès d'un patient. Et les anciennes m'ont dit, mais ne t'inquiète pas, on ne s'y est jamais fait. C'est intéressant de pourvoir échanger parce que là je me suis dit « Ah, alors, c'est normal, je réagis normalement, c'est logique », ça fait du bien de pouvoir échanger avec ses collègues.

Donc, le soutien psychologique, il passe essentiellement à travers l'équipe. On a aussi notre cadre qui nous écoute pas mal. On peut éventuellement demander à la psychologue, mais c'est, enfin moi, de mon côté personnellement, je n'irai pas la voir, puisqu'elle est plutôt pour moi une amie qu'une psychologue, je la vois plutôt en tant qu'amie que professionnelle. Je ne pense pas pouvoir aller vers elle.

- Et qu'est-ce qui est le plus difficile ou pénible à vivre dans votre travail ?

- Le plus difficile à vivre, il y a plusieurs choses. Les conditions de travail, on peut en parler. Nous travaillons dans un service de vingt patients, nous sommes huit infirmières, vingt patients pour la pneumologie, treize patients pour la néphrologie, et nous sommes huit infirmières, et nous travaillons souvent en effectif réduit, notamment en ce moment où nous travaillons à trois au lieu de quatre, donc beaucoup de stress. Enfin moi je sais que j'ai un caractère à être assez stressé. J'aime la rigueur, et dans ces conditions pour être rigoureux, c'est difficile. Donc, je suis stressé. J'ai souvent peur d'oublier des choses. Je revois cent mille fois les choses. Je me demande, par exemple, si je n'ai pas oublié de faire une injection. Comme on est en effectif réduit, on a beaucoup plus de travail. En ce moment, j'ai du mal à aller bosser parce que je me dis « Est-ce que ça va être encore stressant aujourd'hui ? Est-ce qu'il va y avoir autant de boulot ? » Je le ressens très mal en ce moment. Mais sinon le reste du temps, quand on est en nombre, ça va, ça m'arrive d'être stressé, mais ça va. Il y a aussi un autre facteur, c'est la population qui vieillit. On n'a de plus en plus de personnes âgées, qui

sont de plus en plus dépendantes, et donc on a une charge de travail qui s'alourdit. Donc ce n'est pas évident non plus de ce côté là. Donc beaucoup de travail, moins de personnel. Donc, de temps en temps, beaucoup de stress.

- Vous dites que le stress vous fait vérifier plusieurs fois si vous n'avez rien oublié, si vous avez tout bien fait, mais est-ce qu'il y a des procédures ou des modalités de travail qui font que la vérification peut aussi se faire à travers d'autres personnes de l'équipe et qu'ainsi vous soyez en partie soulagée sur le plan de la responsabilité individuelle ?

- En fait, non, nous sommes seules. Nous avons une prescription médicale et nous sommes responsables de nos actes. Après nous avons un système, nous cochons ce que nous faisons et grâce à ça, je m'assure que je n'ai rien oublié. Je vérifie toujours la prescription médicale, mais ça c'est obligatoire de toute façon. Mais justement heureusement que nous avons un document unique de prescription où tout est écrit, les médicaments, enfin les traitements, les traitements injectables, la kiné, les repas, le régime, enfin tout est inscrit sur un même document et heureusement que nous avons ça, parce que moi ça me rassure, parce que j'ouvre ce document, et je découvre en fait le patient devant moi, et je me dis, j'ai fait ça, ça, ça, ça. Je reprends chaque dossier, voilà ma vérification en fait, je reprends chaque dossier et je vois si j'ai bien coché, bien fait. Mais tout le monde n'est pas comme moi. Au départ, je me disais, que c' était parce que j'étais jeune diplômée. Mais là, ça fait quatre ans maintenant, et je continue à le faire, donc c'est dans mon caractère, c'est comme ça que ça se passe, voilà.

- Est-ce que vous pouvez me parler du travail en équipe, comment ça se passe ?

- Alors nous c'est assez particulier, c'est que lorsque nous travaillons en pneumologie, je vous parle de la pneumologie, parce que nous y travaillons beaucoup en équipe, donc nous avons vingt chambres. Sur d'autres établissements les personnes fonctionnent en faisant dix/dix, dix patients pour une, dix patients pour l'autre infirmière, et nous c'est pas du tout comme ça. On est une petite équipe, on s'entend très très bien et donc le matin lorsque nous commençons on se dit entre nous « Voilà, moi je vais faire ça, toi tu fais ça » enfin chacune se propose et ça fonctionne très très bien. En ce qui concerne le travail en binôme avec les aides-soignantes, il est très très difficile puisque les aides-soignantes ont une charge de travail énorme. Quand on

peut les aider pour les toilettes, on le fait, mais c'est très très rare puisqu'on a notre travail aussi à côté, et elles ne peuvent pas faire notre travail. Nous, on peut faire le leur, mais elles non. C'est très très difficile de travailler en binôme avec les aide-soignantes. C'est très rare quand on le fait. On essaie, mais c'est très rare.

- Vous essayez parce que c'est un plus par rapport à la prise en charge du patient ?

- Oui, parce que c'est vrai que lors des temps de transmissions, tous les personnels confondus sont présents, et heureusement que les aides-soignantes nous informent de certaines choses. Pendant les toilettes, elles voient des choses que nous on ne voit pas : l'altération de la peau, des choses comme ça. Nous on ne voit pas toujours tout. Heureusement qu'elles sont là pour nous le dire. Donc, lorsqu'on travaille avec elles, c'est vrai qu'on voit les choses ensemble, on discute ensemble avec les patients et on apprend beaucoup de choses sur leur vie et la prise en charge du patient est différente. Donc c'est vrai que c'est bien de travailler ensemble, mais ça ne se fait pas. C'est impossible du fait des charges de travail. Et les aide-soignantes elles-mêmes, aiment qu'on travaille avec elles, en plus que ça les soulage un petit peu. Mais ce n'est pas possible en général.

- C'est peut-être aussi valorisant pour elle, avoir le sentiment d'être davantage impliqué dans la prise en charge du patient ?

- Oui, tout à fait. Et c'est vrai qu'elles nous le reprochent souvent en nous disant « Nous on ne fait que les toilettes et vous, vous faites autre chose». Mais on n'a pas le choix, on doit se plier au rythme et c'est comme ça.

- Est-ce qu'on peut parler de travail d'équipe avec les médecins aussi ?

-En pneumologie, nous avons une interne avec un senior qui n'est là que le matin. L'interne est là toute la journée. Elle est toute nouvelle chez nous, elle est arrivée il y a un mois et demi, deux mois. Elle a un caractère qui favorise l'échange heureusement, donc on travaille en équipe. Elle nous écoute beaucoup, parce que c'est vrai qu'on est habitué avec les gens en soins palliatifs. Elle nous écoute beaucoup parce que, en plus, elle vient d'un pays du Maghreb où ils ne sont pas habitués à prendre les gens en fin de vie. Donc, elle nous écoute beaucoup, on travaille en collaboration. En néphrologie, nous avons trois médecins, alors par contre, il n'y aucun travail commun. Les médecins prescrivent et nous on fait. On essaie

d'échanger avec eux, mais c'est leur mode de fonctionnement. Ils s'occupent aussi d'un service d'hémodialyse, donc ils sont très pris, ils viennent vite fait dans le service, ils voient les patients et c'est difficile. On essaye mais, c'est difficile.

- **Est-ce qu'ils sont présents parfois aux transmissions ?**

- Alors en pneumologie, nous avons plusieurs temps de transmissions, un le matin, transmission équipe de nuit/équipe de jour, donc uniquement infirmières et aide-soignantes. A 21h30, l'équipe du soir arrive, avec le médecin, là c'est un temps de transmissions médecin, aide-soignantes, kiné, c'est multidisciplinaire, là c'est vraiment le temps de transmissions où tout le monde est présent, la cadre, les kiné, psychologue, tout le monde est présent. En néphrologie, nous avons un temps de transmissions médecin et infirmières quand le médecin arrive. C'est pas un temps défini, le médecin arrive, il demande des transmissions, on doit être disponible. Voilà. Et ça, c'et une source de stress, puisqu'on est occupé, le médecin nous appelle, « Nous voulons des transmissions », quand ils en veulent, parce que souvent ils font leur visite alors qu'ils n'ont eu aucune transmission. Nous on est occupé dans une chambre, on ne sait même pas que le médecin fait la visite. Et ça, pour moi, c'est encore une source de stress parce que je me dis « Comment peut-on faire une visite alors que l'on ne connaît pas les derniers évènements qui se sont passés avant la visite ? ». C'est pas très logique. Ça fait partie du travail en néphrologie. Je me fais une raison.

- **Est-ce que vous partez souvent en formation ?**

- On a des formations qui nous sont proposées. Donc on peut être en formation quand on le demande. Moi, c'est vrai que je n'ai pas le temps, enfin, maintenant je vais l'avoir plus parce que mon deuxième enfant va être scolarisé, mais il a eu beaucoup de problèmes de santé, donc je n'ai pas fait d'heures en plus, je n'ai pas demandé de formation. Mais, c'est vrai qu'on peut avoir des formations.

- **Parce que les formations ne se font pas sur le temps de travail ?**

- Ça dépend, ce n'est pas obligatoire que ce soit sur le temps de travail. On récupère, mais ça peut être un soir, sur un jour de repos. Donc je n'ai pas eu l'occasion, mon petit a deux ans , il a eu de gros problèmes de santé, donc je n'ai rien fait d'autre. Avant qu'il naisse, oui j'ai fait une formation en soins palliatifs justement, puisque ça me branchait et puis une autre

formation sur les pansements aussi, pour me spécialiser un peu. Je n'en ai pas fait d'autres. Mais on a vraiment l'occasion d'être en formation, quand il le faut et quand c'est nécessaire.

- **Avez-vous le sentiment que vos compétences sont pleinement utilisées ou le sentiment que vous avez des compétences qui pourrez l'être mais qui ne le sont pas spécialement du fait, par exemple, de l'organisation du travail, de ce qui est demandé ou pour d'autres raisons ?**

- Je ne sais pas. Nous avons une formation qui est très très large. Quand je suis arrivé en pneumologie, il y avait des choses que je ne connaissais pas du tout, j'ai appris à les accomplir, c'est vrai que maintenant j'ai vraiment l'impression d'être spécialisé en pneumologie, je fais les choses automatiquement et je pense que si je devais changer de service, il faudrait que je réapprenne beaucoup de choses. Mais au niveau de compétences que je n'utiliserai pas, non, je ne vois pas.

Je peux donner un exemple : il y a des infirmières qui se sont formées à l'éducation thérapeutique et les compétences qu'elles ont acquises ou qu'elles ont développées, dans leur service elles pourraient être utilisées mais finalement elle ne le sont qu'en partie, vous voyez ?

Oui, du coup oui. Avec le formation en soins palliatifs que j'ai eu, en plus avec F qui a eu un DU en soins palliatifs, nous sommes les deux référents du service et c'est vrai qu'en ce moment on galère un peu parce qu'on essaie, on essaie, de dire qu'il faut faire ça, ça, ça, ça, ça, mais ce n'est pas toujours fait, donc on est frustré du coup. En plus, en ce moment on est dans un temps de restructuration, alors on se dit ça va venir, donc c'est vrai que j'ai des compétences dans ce domaine, mais je suis un peu toute seule de mon côté et finalement je ne les utilise pas comme je souhaiterai.

- **Alors justement, est-ce qu'il y a des possibilités de transferts de compétences ? Parce qu'un travail en équipe, c'est de fait des gens qui ont des compétences communes qu'ils partagent et puis aussi des compétences diverses, spécifiques. Est-ce que finalement il y a un contexte qui favorise le transfert de compétences ?**

- Oui, tout à fait. On est quand même une équipe soudée, dès qu'une à une formation, on essaie de connaître ce qui s'est passée dans cette formation et puis on essaie aussi avec les aide-soignantes, dans la limite de leurs capacités, de leur donner des choses à faire. Ah oui, ça on fait beaucoup. Et de toute façon au niveau des formations, c'est limité en nombre de

personnes, c'est deux ou trois par formation, donc généralement il y a toujours un retour et ça se passe très très bien dans l'équipe.

- Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, l'épuisement professionnel ?

- Alors l'épuisement professionnel pour moi ça évoque… comment expliquer ? Enfin c'est personnel, j'ai récemment fait une dépression, et je pensais que c'était dû au travail au départ. En fait, j'allais au travail et je n'arrivais plus du tout à gérer, c'était trop. C'était beaucoup trop pour moi, aller voir un patient, c'était, enfin je n'en pouvais plus, il y avait une charge de travail énorme, et en fait j'ai pété les plombs. J'avais l'impression d'être épuisée, épuisée professionnellement. Je me disais que je n'arrivais plus du tout à gérer l'hôpital. Pour moi, c'était dû à une charge de travail énorme, et en plus on était, comme je vous ai dit, notre service a été restructuré en octobre 2007 et il y avait de la rébellion dans les couloirs. Ça et la charge de travail, je n'en pouvais plus et pour moi c'était terminé, je ne pouvais plus travailler. Donc je me suis arrêtée, et en fait je me suis rendue compte que ce n'était pas que le travail, qu'il y avait aussi d'autres choses à la maison. Je me suis rendue compte que ce n'était pas un épuisement professionnel, que je pourrai retravailler. Il y avait plusieurs facteurs qui ont fait que je pensais que c'était le travail mais il n'y avait pas que ça. Mais je pense que l'épuisement professionnel, c'est, oui, à la longue travailler avec une charge de travail telle qu'on en a en ce moment, avec aussi des collègues qui, enfin certaines collègues, qui sont tout le temps en train de se rebeller pour je ne sais quoi, je pense qu'il faut aussi positiver. Parce que l'épuisement professionnel il peut arriver très vite si on va dans ce chemin de toujours se plaindre, alors moi j'ai tendance à toujours positiver. D'ailleurs on me l'a fait remarquer, on m'a dit que c'était négatif parce que je positivais beaucoup trop, mais pour moi je positive et je pense que l'épuisement professionnel il vient à la longue. J'ai quatre ans de boulot, je pense que je ne suis pas, je suis jeune, quatre ans d'expérience, je pense que ce n'est pas encore pour tout de suite. J'espère. Pourtant je pensais que c'était ça. Je pensais que j'étais épuisée professionnellement et c'était pas ça en fait.

- Mais vous avez peut-être eu l'occasion de croiser des gens qui exprimaient des idées par rapport à l'épuisement professionnel, en particulier par rapport aux conditions de travail ?

- Oui, il y a des collègues qui ont beaucoup plus d'expérience que moi, qui ont vingt ans, vingt-cinq ans de métier et qui n'en peuvent plus, qui n'en peuvent plus de travailler, elles ont l'impression même d'être, de ne pas être à la hauteur. Parce qu'elles en ont marre des conditions de travail. Ça n'évolue pas. Elles se plaignent, mais ça n'évolue pas. Et puis, je parle notamment des aide-soignantes parce qu'elles, elles ont un travail énorme, énorme, énorme. Elles sont deux, elles ont quasiment vingt, enfin on va dire quinze toilettes complètes. C'est un travail énorme, elles n'en peuvent plus et je comprends, mais je me dis que ça ne changera pas de toute façon, ça ne va pas s'arranger. La population vieillit et en quatre ans je me suis rendu compte que maintenant on a des centenaires. Avant il n'y en avait pas beaucoup, maintenant il y a de plus en plus de centenaires avec des poly-pathologies. Donc, je ne pense pas que ça évoluera, c'est pour ça que j'essaie de positiver. Je me dis, on n'a pas le choix. Après, il faut changer de domaine si on s'épuise, ou alors changer d'établissement, peut-être que c'est l'établissement qui veut ça, mais je ne pense pas, c'est partout pareil.

- Précédemment, vous exprimiez le fait que vous travaillez dans une équipe soudé, est-ce que vous pourriez travailler dans une équipe où l'on ne ressent pas suffisamment de soutien, d'engagement commun ?

- Il y a quatre ans, je n'osais pas dire les choses parce que j'étais toute nouvelle, c'est normale. Maintenant, je commence à dire un petit peu les choses. Donc, moi qui suis positive, j'essaie de dire qu'on va s'en sortir, qu'on va y arriver, mais ma patience a des limites, je pense que si les mentalités n'évoluent pas, je ne vais pas positiver pendant dix ans, ça c'est sûre. Donc, je pense que là, pour l'instant je positive, après, je ne sais pas combien de temps je vais pouvoir le faire.

- Est-ce que durant votre formation en IFSI, la question de l'épuisement professionnel a été abordée ?

- Rapidement. Oui, le burnout, on en parle très rapidement.

- Est-ce que vous vous souvenez en quels termes ? Par exemple, est-ce que c'était centré sur la relation soignant/soigné, la distance professionnelle, la charge de travail ?

- Non, je n'en ai pas le souvenir. Je pense que c'était la charge de travail. Mais non, je n'ai pas, on en parle très rapidement, ce n'est même pas une heure de cours où l'on parlerait de l'épuisement professionnel. On en parle comme ça.

- C'est simplement évoqué ?

- C'est évoqué, oui. Mais c'est vrai que moi je n'y pense pas à l'épuisement professionnel, parce que je suis jeune, je débute, et je n'y pense pas. Je ne sais pas moi, justement je pense à une carrière qui peut évoluer. J'aimerai bien devenir cadre, je pense que ma carrière peut évoluer, je suis encore jeune. Non, je n'y pense pas, pas du tout.

- La question de l'épuisement professionnel est parfois posé sous l'angle de la relation soignant/soigné et de la charge émotionnelle qui lui est associée, le fait d'être confronté au corps, à la maladie, à la mort…

- Moi, c'est ce qui me passionne en fait, et je ne le vois pas du tout du côté d'un épuisement, ça me passionne. Donc, je n'y pense pas. Je ne vous en n'ai pas parlé parce que je n'y pense pas. Pour moi, cette relation soignant/soigné, même si elle est quelque fois difficile, c'est justement ce qui met du piment dans ma vie, et c'est ce que j'aime. J'aime ça. C'est vrai que j'ai un parcours qui n'est pas commun. J'ai fait des études d'allemand avant, j'ai été diplômée à 27 ans, je ne devais pas du tout être infirmière, ce n'est pas du tout une vocation. J'ai découvert le métier d'infirmière en étant moi-même hospitalisée pendant six mois. Et, j'ai eu un flash, je me suis dit, c'est ce que je veux faire. Et, c'est vrai que c'est, enfin on me dit toujours que c'est une vocation, mais moi, je n'y crois pas. J'ai découvert le métier comme ça, en étant hospitalisée. Moi, je m'éclate dans mon travail. J'adore aller travailler. Enfin, en ce moment, je suis un peu stressée mais ça ne change rien.

- Pour vous, ce serait davantage lié à un contexte au travail ?

- A la charge de travail. Je le vois sous cet angle. L'épuisement physique et moral par rapport à la charge de travail avec des effectifs réduits. Je le vois comme ça.

- Peut-être à la qualité du travail en équipe ?

- Ah, oui, moi, je le sens sous cet angle.

- On dit que le travail infirmier est subordonné à la prescription médicale, est-ce que vous avez observé un souhait d'aller vers une prescription infirmière ? Je pose cette question parce que dans certains services où il peut y avoir des évolutions des patients dans la nuit, par exemple, alors qu'il n'y a pas de médecin présent, les infirmières se retrouvent parfois à devoir finalement prescrire ou donner quelque chose sans qu'il y ait de prescription, donc c'est une forme de prescription, mais en fait, sans que légalement ça existe ?

- Nous fonctionnons comme ça pour les pansements chez nous. Les pansements on a aucune prescription médicale, on va dire que ce sont des prescriptions infirmières. C'est nous qui décidons de ce que l'on va mettre sur une plaie, de ce que l'on va faire, donc on peut parler de prescription infirmière. Nous avons des fiches pansement où l'on note ce que l'on met, ce que l'on fait. Il arrive que l'on fasse des choses qui ne sont pas prescrites, la nuit ou le week-end. Quelqu'un qui a mal au ventre, on va lui donner un spasfon et on se le fait prescrire après, on anticipe, mais c'est parce qu'on n'a pas le choix en fait. Mais bon, on fonctionne vraiment avec des traitements, des petites choses. On ne va pas faire une injection de morphine alors que ce n'est pas prescrit. On est limité bien sûr.

- Parfois, on entend parler d'une ambiguïté de rôle, comment elle s'exprime, quels problèmes elle soulève ?

- C'est vrai. Dans un des services où je travaille nous avons des internes qui changent, le roulement c'est tous les six mois. Donc tous les six mois, on change d'interne. Ce sont des internes étrangers qui souvent ne parlent même pas un mot de français quand ils arrivent. Donc pour les prescriptions, c'est nous qui disons à l'interne qu'il faut prescrire telle ou telle chose et l'interne le fait. On a vraiment l'impression d'être le médecin, parce que nous connaissons beaucoup mieux les patients que l'interne, et nous savons, nous avons l'habitude de les prendre en charge, nous savons ce qu'il faut faire. Mais en ce moment, l'interne que nous avons, elle parle bien le français, mais elle est souvent amenée à nous demander « Qu'est-ce que je peux faire pour telles et telles choses » parce qu'elle n'est pas habituée à la

spécialité, à la pneumologie. Elle faisait de la gynécologie, je crois, avant, donc elle n'est pas habituée. Nous nous sommes habituées donc ça fonctionne bien.

- Dans ce que vous dites, il apparaît tout un savoir lié à l'expérience qui s'exprime de façon informel, mais est-ce qu'il y a une reconnaissance de ce savoir ?

- Non. Il n'y a aucune reconnaissance. Aucune. Aucune.

- Pensez-vous que reconnaître ces savoirs liés à l'expérience serait quelque chose qui irait dans le sens d'un mieux être au travail, d'une satisfaction au travail ?

- Pour moi, non. Moi, ça me convient comme ça. J'ai eu l'exemple avant-hier d'une patiente qui était en légère hypercaliémie. C'était très léger, juste au-dessus de la moyenne. Et l'interne me téléphone pour me demander le taux de caliémie, donc je lui indique et elle me dit « Qu'est-ce qu'on fait ? ». Je lui dit « Je n'en sais rien, c'est toi le médecin. Qu'est-ce qu'on fait ? Je n'en sais rien ». Et donc, elle me dit : « On va lui donner du calicialat », c'est un traitement qui fait baisser le taux de potassium, et je lui ai donné mon avis, je lui ai dit « Ecoute, c'est limite, si on lui donne du calicialat, elle va baisser ». Et, elle me répond « D'accord ». Là, je me suis sentie utile, parce que je me suis c'est vrai qu'avec mes connaissances j'ai pu doner mon avis, et le médecin m'a écouté. Elle a décidé de faire comme je l'avais décidé en fait. Je me suis sentie reconnue. On m'a écouté. Je donne mon avis, quand il faut le donner, même au médecin, je donne mon avis. Après, je suis écouté ou je ne suis pas écouté, on n'a pas toujours raison en plus. On donne chacun son avis, on échange, c'est comme ça qu'on avance.

- Mais en fait là, il y a une reconnaissance à travers une vraie collaboration, un échange ?

- Oui, ça se passe bien en pneumologie. Il y a vraiment une collaboration entre le médecin et les infirmières, ça se passe très, très bien.

- Donc, là, il y a une prise en compte réel de ce savoir lié à l'expérience ?

- Oui. Tout à fait.

- Ce n'est pas formalisé, mais c'est réellement pris en compte et ça participe de la façon de travailler ?

- Oui, et ça fonctionne bien comme ça. Moi, je me sens, je me sens tout à fait reconnue. Ça se passe très bien, de ce côté là. Mais dans l'autre spécialité, ce n'est pas le cas. Notamment en néphrologie. On parle dans le vide.

- On arrive au terme de l'entretien, mais peut-être avez-vous des remarques à faire sur l'entretien ou souhaitez-vous exprimer quelque chose sur votre métier qui n'a pas été suscité par mes questions, je vous invite à le faire.

- Non, par rapport au travail, je m'y sens très bien. Il y aura toujours des choses à changer. Je pense que je vais pouvoir changer des choses parce que j'ai beaucoup d'idées et j'ai envie de changer des choses, parce que se plaindre et ne rien faire, ça ne sert à rien. Donc, il faut pouvoir avancer, et pour avancer il va falloir mettre des choses en place et je suis prête à les mettre en place. Moi, je vous dis, je positive. Je pense que dans quelques mois, ça ira mieux. J'espère. Et puis je suis encore jeune, j'ai beaucoup de choses à apprendre. J'ai peu d'expérience. Quatre ans d'expérience, c'est rien. Donc, j'ai encore plein de choses à apprendre. Voilà.

-

Entretien 10 (43 minutes)

Infirmière. Diplôme d'Etat obtenu en 2005.

- Votre fonction, vos missions, en quoi consiste votre travail ?

- Le travail au quotidien, c'est de gérer la salle de réveil. La salle de réveil, c'est un lieu où l'on accueille les patients qui ont reçu une anesthésie pour une intervention de spécialités diverses. Il y a l'obligation de passer en salle de réveil, ça s'appelle « la période post-opératoire immédiate » où ils ont besoin d'une surveillance avant de remonter dans le service. Les patients arrivent en salle de réveil, ils sont encore sous respirateur, ils ont encore une sonde d'intubation. Il va falloir surveiller l'élimination de l'anesthésie en fonction des différentes anesthésie, quand est-ce qu'ils sont capables de reprendre leur tension vitale, gérer la douleur, parce que ce sont des patients qui vont être douloureux, mettre en place tous les anti-douleurs, et surveiller tous les risques post-opératoires immédiats avant qu'ils puissent remonter dans leur chambre, dans un état stabilisé après une anesthésie.

- Quelles sont les satisfactions que vous éprouvez dans le cadre de votre travail ?

- Par rapport à la gestion de mon travail par les supérieurs ou par rapport à mon travail par lui-même ?

- Par rapport à votre travail.

- C'est tout en fait. En sachant que j'ai beaucoup de chance parce qu'après deux ans d'autres choses, j'ai enfin réussi à trouver une place en salle de réveil. Ce qui est le plus intéressant pour moi, c'est de gérer tout ce qui est anesthésie, être capable de savoir quand le patient va être capable de respirer tout seul sans respirateur, gérer toute la douleur. Il y a beaucoup de relationnel et c'est des prises en charges qui sont rapides, sur une courte durée par rapport à un service d'hospitalisation où les gens vont rester plus longtemps. Il y a une bonne technicité. Il y a des gens qui ne vont, malheureusement, pas bien et du coup il y a beaucoup de soins à leur prodiguer dans l'urgence. Il y a beaucoup de technique, ce qui me plait énormément. C'est un lieu très technique et en même temps, c'est une organisation qui est tellement différente des autres lieux. Moi, ça me convient parfaitement.

- Avez vous eu une formation en relation avec la spécificité de ce service ?

- A l'école d'infirmière on a des modules sur chaque sujet, et on a un module pour chambre de réanimation avec les apports théoriques. Après, pendant la formation infirmière on a un projet professionnel qui se crée et moi j'ai eu l'occasion de faire un stage en fin de première année là où je travaille, et je me suis rendu compte que ça me plaisait. Du coup, j'ai eu un stage pré-professionnel en fin de formation où j'ai voulu recommencer l'expérience de la salle de réveil, ce qui fait que c'est là, auprès des infirmières en salle de réveil que je me suis fait mon expérience. Après mon diplôme, j'ai travaillé en bloc opératoire et j'ai eu l'occasion de faire du réveil et comme je m'y intéressais beaucoup, car c'était mon projet professionnel, du coup j'ai toujours posé des questions. J'ai essayé de faire du réveil quand je pouvais, c'est comme ça qu'on se forme. Et quand je suis arrivé sur L., ce qui est très bien, j'ai été doublé pendant trois semaines, comme ça, j'ai eu le temps de me remettre dans le bain, et de mon côté, j'ai relu mes cours. Et après, c'est l'expérience. Le diplôme d'infirmier, c'est l'autorisation d'exercer, mais il n'y a pas forcément les savoirs derrière au niveau pratique et de l'expérience. C'est comme le permis de conduire, on a les bases, mais après il faut se

débrouiller. Donc, voilà, ça s'est fait tout seul, en fait. Quand on est intéressé, ça se fait plus vite que quand on ne l'est pas.

- Qu'est-ce qui peut être difficile à vivre au travail ? Qu'est-ce qui est le plus pénible ?

- Dans mon nouveau service, ça fait sept mois que j'y suis et du coup je n'ai pas la lassitude de ce travail là, j'en suis comblée, honnêtement j'en suis parfaitement comblée. Il y a une telle prise en charge par ma chef au niveau de l'emploi du temps, de tout ça, que je ne suis pas prête d'être insatisfaite. La seule chose qui pourrait à la limite être un peu lassante, c'est de savoir que je rentre rarement à l'heure, très rarement. Le deuxième inconvénient ce serait le salaire, puisque je gagne nettement moins que ce que je gagnais avant, mais je l'ai pris c'était en connaissance de cause. Si vous me posez la même question sur mes anciens services, là, je pourrai vous répondre.
- Alors, dans vos anciens services ?

- J'étais infirmière en bloc opératoire, c'est juste avant la salle de réveil, mais ça n'a rien à voir. C'était dans deux autres établissements. Il y en a un où je reproche beaucoup le système de garde que l'on avait. On avait un planning et comme il y a des urgences en bloc opératoire, il y avait un système d'astreintes de mis en place et c'était un rythme de travail atroce. La plus grosse journée que j'ai faite, c'était pendant la période de vacances l'an dernier, les collègues étaient parties. J'ai commencé à 7h30 le matin, ma journée se terminait à 18h15, mais j'ai entamé juste après ma garde qui s'est finie à deux heures et demi du matin. Ce qui fait que j'ai travaillé de 7h30 à 2h30 en ayant à peine un repas dans le ventre le soir, parce que l'on a du mal à nous donner quelque chose dans ces cas là. Et puis, c'était des conditions de travail où même quand on était pas de garde, on avait quand même un emploi du temps qui était peu avantageux, très chargé, les gens n'étaient pas conciliants pour que l'on essaye d'avoir des repos et, en plus, dans le temps de travail, si on allait boire un café six heures après avoir commencé sa journée, on se faisait regarder de travers, aller aux toilettes cinq minutes, c'était une catastrophe. Après, c'est aussi le travail de bloc qui fait ça, parce qu'on est deux dans la salle, il y a une personne qui aide le chirurgien et qui est habillée stérilement, et l'autre qui doit gérer toute la salle et le matériel, et l'intervention en fait. Du coup, comme on est toute seule, on ne peut pas partir alors que quelqu'un est entrain de se faire opérer, que le médecin est susceptible d'avoir besoin de quelque chose. Mais après, il y a une organisation qui peut

être faite de façon à ce qu'on puisse toujours, quand même, arriver à se débrouiller pour avoir cinq minutes.

- Quelles sont les attentes des patients ? Entrent-elles toutes dans le cadre de votre fonction ?

- La salle de réveil, c'est quelque chose que les gens ne connaissent pas forcément. Ils savent qu'ils vont se faire opérer au bloc opératoire, après, ils ne connaissent pas forcément, le plateau technique, et la plupart du temps, comme ils sont sous l'effet de l'anesthésie, ils ne vont pas se souvenir de leur passage en salle de réveil, très rarement. Les gens qui s'en souviennent, ce qu'ils demandent surtout, c'est d'être rassuré, parce qu'ils sont souvent inquiets, soit d'apprendre un diagnostic, ou alors ils ont mal. Le bloc opératoire, c'est un environnement qui fait peur. Se faire opérer, l'anesthésie, c'est très effrayant pour les gens. Surtout l'anesthésie, d'ailleurs. Ils ont besoin d'être rassuré. Et puis, prendre en charge la douleur. Les attentes, ce que les gens réclament le plus, c'est ce que l'on a le moins le temps de donner, c'est le relationnel. Parce que le réveil, c'est une visite éclair en fait. Les gens passent ici, et dès qu'ils sont réveillés, qu'ils sont stabilisés, on les remonte. Ça ne sert à rien de les garder plus longtemps. Effectivement, il y en a, on n'a pas beaucoup de temps à leur accorder. Des fois, je commence à parler avec des gens, et puis je dois intervenir auprès d'autres patients, et la conversation s'arrête.

Tout ce qui est vie sociale de la personne, j'y ai accès dans le dossier, mais je ne vais pas me pencher dessus. En tant qu'infirmière de salle de réveil, ce n'est pas ma préoccupation. Je pense que c'est plus pris en compte dans un service d'hospitalisation où l'on envisage le retour à domicile et l'avenir de la personne. L'avenir de la personne en salle de réveil, c'est juste qu'elle n'ait pas mal et qu'elle soit bien stabilisée.

- Est-ce que vous pouvez me parler du travail en équipe ?

- Le travail en équipe, j'ai beaucoup de chance, ça se passe super bien. En salle de réveil, on est deux à travailler. Notre emploi du temps est fait de telle façon que les deux jours les plus chargés on soit deux à travailler ensemble. Et les trois autres jours de la semaine, on les répartit, soit je travaille, soit c'est ma collègue. Mais, le travail en équipe, il est bien marqué

dans le sens où la salle de réveil c'est le noyau du bloc opératoire, ce qui fait que si jamais je me retrouve toute seule, comme aujourd'hui, je me suis retrouvée toute seule pour mettre un patient dans son lit, je ne pouvais pas le porter toute seule, il avait plein de perfusions et tout ça, et du coup, ma chef passait par-là, elle est venue m'aider. Les médecins, enfin, certains médecins viennent nous aider aussi. Et puis, si on a besoin, je sais que je peux appeler des collègues qui sont juste à côté, je sais que je peux toujours avoir quelqu'un pour me débrouiller. Donc, au niveau du travail en équipe, même quand ma collègue n'est pas là, j'arrive toujours à me débrouiller.

- Pouvez-vous me faire part d'autres expérience du travail en équipe, par exemple dans vos précédents services ?

- Le travail d'équipe, ça dépend beaucoup du stress : plus les gens travaillent dans de bonnes conditions, moins ils sont stressés, le travail d'équipe est d'autant plus présent. Quand tout le monde n'en peut plus, qu'on est tous crevés, qu'on a un boulot monstre, il y a beaucoup plus de tensions, on est tous plus stressés, on est moins disponible pour ses collègues, et le travail d'équipe, il est réduit de moitié. Après, je pense que tout dépend de l'ambiance. L'ambiance définit le travail en équipe.

- Quelle différence voyez-vous entre le travail en équipe dans un service de bloc opératoire ou de salle de réveil et un service d'hospitalisation en médecine par exemple ?

- Je pense qu'il y a plus de travail d'équipe dans les services d'hospitalisation dans le sens où il y a plus de personnels soignants différents. Dans un service d'hospitalisation, il y a les ASH qui font le ménage, les petits déjeuners ; il y a les aides-soignantes qui font les toilettes. Après toutes ses tâches se mélangent plus ou moins en fonction du travail d'équipe. Si une infirmière a le temps elle va aider l'aide-soignante. Si une aide-soignante a le temps, elle va aider l'infirmière. Ça, ça dépend justement du travail d'équipe. Mais, il y a beaucoup plus de soignants différents en service d'hospitalisation, parce qu'il y a différents soins. Il y a le moment de la toilette, c'est là ou vivent les patients pendant leur hospitalisation, il y a le moment des repas et toutes ces choses là, et là je pense qu'il y a plus de travail d'équipe. Par exemple, une aide-soignante qui aide un patient à manger et qui remarque qu'il ne mange pas, ou pendant la toilette, elle a remarqué un escarre ou quelque chose comme ça, elle va prévenir

l'infirmière qui va prévenir le médecin pour prendre en charge ce problème là. Dans ce cas là, le patient on le voit plus longtemps, il est vu par différentes personnes qui ont différents rôles, et on peut dépister plus de choses sur le patient et prendre en charge plus de choses aussi.

- Comment se passent les transmissions ?

- Dans mon service, il n'y a pas de transmissions. Moi, je commence à sept heures et demi le matin, je m'en vais à dix-huit heures le soir, quand il n'y a plus de patients. Je suis là du matin jusqu'au soir. Il peut cependant y avoir des transmissions que ce soit au bloc ou en salle de réveil, par exemple, si moi je vais manger à un moment, je m'occupe de certains patients, ma collègue d'autres patients, je vais lui faire des transmissions sur mes patients pour pouvoir m'absenter. Et elle, elle va prendre le relais sur mes patients le temps que je m'en vais. Mais, c'est des transmissions qui sont ciblées sur ce qui peut se passer en salle de réveil, alors, c'est beaucoup plus succinct que ce qui peut se transmettre en service, parce que là, c'est vraiment en général la vie du patient. Une infirmière de bloc opératoire si elle a une relève qui arrive, elle va expliquer à sa relève il reste ça, ça, ça à faire, le médecin il en est là, il y a des transmissions comme ça. Il y a aussi les transmissions quand une infirmière de réveil amène le patient en salle de réveil, elle va expliquer l'intervention, ce qui a été fait, ce qui a été modifié par rapport à ce qui était prévu au départ, l'état du patient, si il a un pansement, l'environnement du patient. Donc là c'est des transmissions. Après, il y a le médecin, là c'est plus des prescriptions, mais il va aussi nous informer de certaines choses. Egalement, ma feuille de salle de réveil va être lue par les personnes des étages, et ça sert de transmissions. C'est des transmissions écrites à la différence des transmissions orales. Il y a toujours des transmissions finalement. Quand le patient arrive au bloc opératoire, il y a une feuille de liaison qui vient du service pour savoir si toutes les précautions qui doivent être prises avant une opération, ont bien été prises : si le patient est bien à jeun, si le patient a bien pris sa douche, etc. Il y a toujours des transmissions et c'est quelque chose d'indispensable dans la prise en charge du patient. Après, moi dans la salle de réveil, je prends mon patient en charge du début jusqu'à la fin, hormis si je m'absente, de ce point de vue là, il n'y a pas de transmissions, durant la prise en charge, il n'y a que moi qui m'en occupe donc au final il n'y a pas de transmissions.

- Bénéficiez-vous de formations ?

- On a commencé à me parler plusieurs fois de faire la formation d'infirmière anesthésiste. Après les formations, je pense que ça dépend beaucoup des structures. Par exemple, par rapport à la formation d'infirmière anesthésiste, on entend beaucoup dire que c'est dans la fonction publique, à l'hôpital, qu'il y a des possibilités de formation. Je vois par exemple à l'hôpital H., il y a beaucoup de formations d'anesthésiste. Et là en ce moment, c'est entrain de se gâter, parce qu'il n'y a plus assez de moyens financiers et donc, il n'y a plus de formation. Et dans les deux autres établissements où je travaillais, je n'ai jamais entendu parler de possibilités de formation aussi importante. Après, il y a toujours la possibilité d'aller se former une journée sur Paris ou cinq jours sur Paris, pour se perfectionner ou des choses comme ça. Mais là, la formation d'infirmière anesthésiste, c'est un diplôme en plus, c'est complètement différent, c'est une spécialité infirmière. Et là, il se trouve que la clinique où je suis actuellement, apparemment, il y a des budgets. Alors, je ne sais pas si ce n'est que dans cette clinique ou si c'est partout pareil, mais il y a des budgets qui sont censés n'être destinés qu'aux formations. Et si cet argent là ne va pas aux formations, il est bloqué, il ne peut pas aller ailleurs. Avec, ils ont obligation de former des gens. Et, c'est pour ça que nous, on a une collègue qui est infirmière anesthésiste qui a été formée par la clinique, on a une autre collègue qui revient de l'école d'IBOD, d'infirmière de bloc. On a une autre infirmière dont on parle pour la mettre à l'école d'IBOD et moi on est entrain de me parler de faire l'école d'IAD, malgré que je n'ai pas la plus grande ancienneté puisque je suis une des dernières arrivées dans l'établissement et étonnamment d'ailleurs parce que par ordre chronologique ce n'est pas à moi que ça revient, si ce n'est qu'ils savent que moi j'adore l'anesthésie et que la salle de réveil a à voir directement avec l'anesthésie. Donc, voilà, il y a des possibilités de formation.

- L'épuisement professionnel, ça évoque quoi pour vous ?

- La surcharge de travail qui est omniprésente dans le milieu infirmier. Par manque d'infirmières et aussi, on manque d'infirmières parce que l'on manque de moyens. En tous cas, c'est les idées qui sont véhiculées. Mais, je pense que c'est une réalité. Partout on entend parler du manque d'infirmières. S'il y avait plus d'infirmières, on aurait moins de travail et on aurait plus de temps. J'ai une amie qui est en école d'infirmière et cette amie là connaît une infirmière qui travaille dans une structure hospitalière et actuellement, c'est une catastrophe parce qu'il n'y a plus assez de personnel, on la rappelle sur ses vacances, elle va faire du rab

le soir, alors qu'elle travaille le lendemain, on la rappelle sur son temps de repos, enfin toutes ces choses là. Ça, c'est de l'épuisement professionnel. On manque d'infirmières, donc les infirmières que l'on a, on gratte, on gratte, on gratte, jusqu'au moment où là il va y avoir de l'épuisement professionnel, de la lassitude et du coup, la démission.

- Donc, pour vous la raison principale, c'est la surcharge de travail, surcharge physique ou morale ?

- La surcharge de travail, ça entraîne un épuisement moral, aussi physique, mais celui qui se fait le plus ressentir, c'est celui qui est moral. Les deux sont présents. Mais je dirai que le plus pesant, c'est l'épuisement moral.

- Vous établissez une antériorité de l'épuisement physique sur l'épuisement moral ou pensez-vous qu'il y a des raisons de l'épuisement moral indépendantes de l'épuisement physique ?

- Les deux sont liés, vont ensemble. Si on travaille de trop, ça va se ressentir sur le physique, puis sur le moral après. Mais, je n'ai pas l'impression qu'il y en ait un qui soit antérieur à l'autre. Dans le service où je travaillais énormément, il y avait une fatigue physique et une fatigue moral. Je n'ai pas l'impression qu'il y en a une qui soit arrivée avant l'autre. On est fatigué physiquement, peut-être que ça nous fatigue encore plus moralement. C'est une bonne question, je ne me l'étais jamais posée.

- L'épuisement professionnel est un phénomène complexe, il peut y avoir de multiples facteurs qui interviennent, parfois est évoqué l'absence de reconnaissance, est-ce que vous avez le sentiment d'être reconnu dans votre travail ?

- Ici, oui. L'infirmière anesthésiste est venue me dire plusieurs fois qu'ils étaient contents de mon travail, elle, le médecin anesthésiste, la surveillante. J'ai l'impression d'avoir cette reconnaissance là. Après, ça dépend des établissements. J'ai déjà eu l'impression de n'avoir absolument aucune reconnaissance, alors que pourtant j'avais fait quinze heures de travail dans la même journée. Et effectivement ça porte un coup. Là, par exemple, en termes de reconnaissance, ma collègue de travail a eu un mois de vacances, du coup la plupart du temps j'ai été toute seule. Ma chef a réussi à me remplacer quand même, pour que je puisse avoir

une journée de repos sur certaines semaines. Et là, mardi, il n'y avait pas beaucoup de travail, comme le lundi c'était le 14 juillet, ma chef m'a dit que je pouvais ne pas venir mardi, avec le week-end ça me faisait quatre jours de repos. Là, j'estime que c'est de la reconnaissance. De même quand on nous dit que l'on est une bonne soignante, c'est de la reconnaissance aussi. En général, on est beaucoup plus capable de vous dire ce qui ne va pas que ce qui va bien, et là, ce qui se passe, j'en suis très étonnée d'ailleurs, c'est que si jamais ça ne va pas, on va me le dire, mais on est capable de me dire aussi quand ça va bien, et c'est très agréable, et ça motive effectivement. Ça fait prendre confiance en soi, ça motive pour bien faire. Après la reconnaissance, elle n'est pas toujours là non plus. Quand le médecin, doit prendre le relais à six heures parce que je termine ma journée à six heures, et qu'à huit heures du soir, il me demande « Oh fait, vous terminez quand ? » et que je lui dit ça fait deux heures et qu'il s'en va faire ses visites, que je reste une heure encore et qu'il n'en a rien à faire, là il n'y a pas beaucoup de reconnaissance. Mais ça dépend des médecins, ça dépend de l'équipe. Je crois que ça dépend surtout du caractère des gens ces systèmes de reconnaissance. J'ai vu les deux extrêmes, là où je suis actuellement, et d'autres endroits où l'on n'en a rien à faire que vous soyez fatigué, de toute façon, c'est normal, vous êtes là pour travailler et point barre. De toute façon, on ne se pose même pas de question, on ne s'intéresse pas de savoir si vous êtes fatiguée pas fatiguée. Ce manque de reconnaissance, oui, effectivement, ça démotive complètement, ça c'est clair.

- Pensez-vous que vos compétences sont pleinement utilisées ?

- Je pense, oui. Il y a des soins que je ne fais plus, mais c'est le service qui veut ça. Par exemple, je n'ai plus de pansements à faire, parce que le patient arrive dans la salle de réveil avec son pansement fait et on n'y touche plus. Il y a des choses que j'ai apprises et que je ne pratique plus. La prévention, c'est rare que je puisse en faire, puisque de toute façon on n'a pas le temps, le patient on ne le voit pas assez. Dans les écoles d'infirmières, on nous apprend beaucoup de choses dans le domaine de la relation, pour la psychiatrie, la pédiatrie, toutes ces choses là, pour les cas de détresse, etc. et là effectivement je n'ai pas l'occasion de pratiquer. On reçoit les patients sur une trop courte durée, donc il n'y a pas de recul pour savoir vraiment.

- Et par rapport à l'autonomie, est-ce que vous avez le sentiment de disposer de suffisamment d'autonomie dans votre travail ?

- Oui, parce que même en arrivant, on m'a donné des tâches que je n'avais pas à faire avant et, justement, j'estime que ça fait aussi partie de la reconnaissance le fait qu'on nous dise de gérer telle chose, tel secteur. De même par rapport à l'accréditation, il y a des moyens à mettre en œuvre, des études à faire au niveau de l'établissement pour pouvoir certifier l'établissement, et on m'a proposé d'y participer, c'est valorisant, parce qu'il y a des établissements ou au moment de la certification, on ne va pas forcément venir vous solliciter. Quelque part ça nous ennuie un peu, parce que l'on n'en a pas forcément envie, mais en même temps ça fait partie d'une certaine reconnaissance et d'une autonomie qu'on vous reconnaît. On prend en compte ce que vous dites. Oui, je pense être autonome. Par rapport au secteur où je travaillais avant, au bloc, c'est tellement spécifique et il y avait une telle ambiance, que j'avais souvent l'impression de ne pas être à la hauteur et que l'on ne me laissait pas beaucoup d'autonomie. J'ai fait le même travail dans deux établissements différents et une chose que j'ai eu le droit de faire au bout de cinq mois dans un établissement, au bout de neuf mois dans l'autre, j'avais à peine le droit de le faire. Au niveau de l'autonomie ! C'était m'habiller pour aider un chirurgien. Après on vous fait confiance ou on ne vous fait pas confiance. On a envie de vous faire confiance ou on n'a pas envie. Là encore, c'est une question de mentalité, une question d'équipe. Parfois, on ne veut pas t'apprendre parce que sinon tu vas en savoir plus que les anciennes qui ont un pied bien ancré ici et toi on te fait bien sentir que tu es une nouvelle et que tu ne dois pas trop en savoir pour l'instant parce que sinon tu serais susceptible de devenir meilleur. Il y a ça aussi. Je crois que ça dépend vraiment de la mentalité de l'équipe. En ayant eu deux postes similaires dans les fonctions mais qui se passent très différemment, je me rends compte que la notion d'équipe, et d'entente, et de mentalité des gens est déterminante dans tout ça justement.

- Pensez-vous que la relation soignant/soigné et la charge émotionnelle dont elle est porteuse puissent jouer un rôle important dans le processus d'épuisement professionnel ?

- A l'école d'infirmière, il y a cette notion de contrôle de l'émotion. On est noté sur le contrôle de ces émotions tant par rapport à une situation de stress que par rapport aux situations que vivent les patients. On nous apprend à nous mettre dans l'empathie, on nous apprend des

choses du relationnel. Après, on est avant tout des êtres humains. Donc, même si on nous apprend ces choses là, ce n'est pas quelque chose de carré, ça se fait humainement parlant. Mais effectivement, je pense que les gens qui s'impliquent énormément et ça, ça doit avoir lieu encore plus dans des services, par exemple, de cancérologie, tout ce qui est oncologie, on suit des patients dont les échéances, enfin l'avenir est plus ou moins compromis et qui restent sur une longue durée d'hospitalisation, je pense que là, il y a une relation qui se crée et effectivement, ça peut être très dur. En néonatalogie aussi, avec les parents. Tout ce qui confronte à la mort ou à la maladie vraiment, je veux dire autre chose que des amygdales, quelque chose d'important. Dans ce genre de service, je pense que la prise en charge des malades fait que les gens s'impliquent. Après, ça dépend plus ou moins des soignants et de leur caractère aussi. En salle de réveil, on a du relationnel, j'essaie d'en avoir le maximum même si c'est sur une courte durée. Je n'ai jamais eu l'impression dans ce que j'ai pu vivre ici ou dans des stages lorsque j'étais élève, d'être fatiguée émotionnellement à cause des patients sinon à cause des soignants. Au contraire, je pense qu'humainement, même si à certains moments on peut quand même avoir du mal à limiter l'empathie et que le soir on rentre du travail et l'on peut repenser à des situations ou à des patients –il y a des patients que je n'oublie pas, les premiers patients que j'ai vu mourir, je ne les oublie pas- en même temps il y a des moments qui nous apporte beaucoup. Par exemple, c'était mon premier stage à l'école d'infirmière, il y avait un monsieur qui avait un cancer et qui allait décéder et j'ai demandé à sa femme « Est-ce que ça va ? », et elle m'a répondu « Oui, oui, oui, oui, il va bien, il va bien. », et je lui dis « Non, est-ce que, vous, ça va ? ». Et elle était tellement étonnée que je lui demande qu'elle m'a prise dans ses bras et qu'elle s'est mise à pleurer. Je n'ai pas pleurer, j'ai contrôlé, mais en même temps, voilà, il y a de l'émotion. On n'est pas des machines. Mais je n'ai jamais eu l'impression que ça m'ait fatigué émotionnellement. C'est sûr que ce n'est pas forcément gai tous les jours, mais je n'ai pas l'impression que ce soit ça qui soit à l'origine de la fatigue morale d'une personne. Et si ça l'est, il y a toujours moyen de s'orienter dans d'autres services. On peut se remettre en question en se disant « Est-ce que je suis capable de supporter ça ? » et changer. Mais je ne pense pas que ce soit uniquement ça qui soit à l'origine d'un épuisement professionnel. Ça peut y contribuer, mais je dirai que ce n'est pas la chose la plus importante.

Ça impose la réflexion sur certains sujets, sur la vie, sur la mort, et après on se forge un caractère aussi, même si on ne devient pas un mur, on se forge un caractère. Et puis, pour être un bon soignant, il faut justement ne pas être dans cet épuisement professionnel, et donc se

remettre en question et donc envisager un autre service. Mais des services difficiles où il y a des situations de décès, réanimation, des services où c'est assez costaud psychologiquement parlant, s'il y a une équipe derrière avec laquelle on peut parler, des collègues avec lesquels on s'entend bien et que tout le monde en parle ensemble, c'est sûr que la charge émotionnelle induite par ces situations là sera soulagée plus que dans une équipe où de toute façon vous ne pouvez rien dire à vos collègues et que lorsque vous rentrez de votre travail et que vous en parlez, on ne vit pas les mêmes choses que vous à la maison, et vous avez besoin d'échanger avec des gens qui connaissent, qui connaissent le patient, qui connaissent la situation, et qui sont habitués aussi à ces situations. Effectivement s'il n'y a pas une bonne ambiance, ça doit être encore plus dur.

Mais moi, je suis vraiment persuadée, que ce n'est pas ça qui est à l'origine de l'épuisement professionnel, ça peut jouer, ça c'est vrai, mais encore une fois, c'est l'équipe. Je pense que c'est l'équipe et puis, c'est aussi les supérieurs, en fonction de comment on organise votre emploi du temps, comment on organise votre travail, si votre travail est reconnu, que vous puissiez prendre des vacances sans qu'on vous rappelle sur votre temps de vacances. La considération humaine du soignant par ses collègues soignants et par les supérieurs. Je pense que c'est surtout ça. Et puis après, le physique, oui, c'est fatigant. Mais, le travail que je fais maintenant est aussi fatigant que celui que je faisais avant, je suis debout toute la journée, je piétine toute la journée et je ne m'assois pas plus d'une demie-heure pour mon repas le midi. Mais, j'adore ce que je fais et je le fais dans de bonnes conditions, donc je passe au-dessus. Avant, en bloc opératoire, je le faisais dans de mauvaises conditions, avec un stress, une mauvaise ambiance et je me faisais tout le temps engueuler, la fatigue physique s'en ressentait plus, mais parce qu'il y avait une fatigue morale. La fatigue morale fait que la fatigue physique se ressent plus. Là, je ne me sens pas fatiguée parce que j'adore ce que je fais et du coup, ce n'est pas déterminant, mais quand on n'aime pas ce que l'on fait ou les conditions dans lesquelles on le fait, le moindre petit problème va être majoré, va sembler mille fois plus important.

- On arrive au terme de l'entretien peut-être avez-vous des choses à ajouter sur votre métier, sur le thème de l'épuisement professionnel.

- Dans vingt ans, je n'aurai peut-être pas le même discours, j'en aurai peut-être marre de là où je travaille, de l'ambiance. Mais je pense que l'épuisement professionnel, ça dépend de si on

n’aime ou pas son travail, parce que l’épanouissement limite l’épuisement déjà, de la reconnaissance des supérieures et de l’équipe, du travail d’équipe, de l’ambiance. Je dirai qu’il y a tout ça. Je dirai que c’est les choses clés de l’épuisement. Voilà.